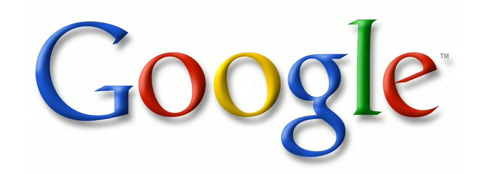



LANE
MEDICAL
LIBRARY
SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
SEMPER VIRENS
1885

Der
Geisteszustand der Hysterischen

(Die psychischen Stigmata)

von

DR. PIERRE JANET.

Mit einer Vorrede von Professor CHARCOT.

Uebersetzt von

DR. MAX KAHANE,
Secundararzt des Wiener allgemeinen Krankenhauses.

Mit 7 Holzschnitten im Text.

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1894.

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

Ich schätze mich glücklich, dem ärztlichen Publicum das Werk meines Schülers, *Pierre Janet*, über den Geisteszustand der Hysterischen anempfehlen zu können. Diese, seit längerer Zeit in Angriff genommenen Untersuchungen wurden in meiner Klinik zum Abschluss gebracht und in einigen Vorträgen, die *Dr. Janet* in diesem Frühjahre an der Salpêtrière hielt, dargelegt. Die Arbeit dient zur Stütze einer von mir oft ausgesprochenen Auffassung, dass nämlich die Hysterie zum grossen Theile eine Geisteskrankheit ist. Diese Seite der Krankheit darf niemals ausser Acht gelassen werden, wenn man die Hysterie verstehen und behandeln will.

Herr *Pierre Janet* hatte das Bestreben, so vollkommen als möglich die medicinischen und philosophischen Forschungsmethoden zu verbinden. Es war auch erforderlich, diese beiden Arten von Kenntnissen und die Schulung in beiden Wissenszweigen zu vereinigen, um an die klinische Auseinandersetzung eines krankhaften Geisteszustandes herantreten zu können.

PARIS, den 1. November 1892.

J. M. Charcot.

INHALTSVERZEICHNIS.

DER
GEISTESZUSTAND DER HYSTERISCHEN.

EINLEITUNG.

„Die Hysterie ist eine allgemeine Erkrankung, welche auf den gesammten Organismus umgestaltend einwirkt“. So wie sie die Ernährung und alle physiologischen Functionen in ihrem Ablaufe stört, so stört sie auch die psychologischen Vorgänge, die doch gleichfalls eine Function des Organismus bilden. In der vorliegenden Arbeit beabsichtige ich, die von der Hysterie in dem Geisteszustand der Kranken hervorgerufenen Störungen näher zu untersuchen, indem ich erstern als eine Function der höhern Gehirncentren ins Auge fasse. Es ist hier nicht der Ort, den alten Streit über das physische und psychische Element wieder aufzufrischen, was vom Standpunkte der Wissenschaft aus ein müssiges Unternehmen sein würde. Der Arzt stellt einfach die Vorgänge fest, die sich beim Kranken abspielen; er betrachtet sie alle als in gleicher Weise vorhanden, die einen, wie die andern — oder er sieht in ihnen wenigstens die Ausdrucksformen einer unbekannten Thatsache und versucht nun, zwischen diesen Erscheinungen das Band einer streng logischen Begriffsbestimmung zu knüpfen. Welcher Art auch immer unsere metaphysischen Anschauungen sein mögen — eines ist sicher, dass die Beobachtung des Seelenlebens eines Kranken zu dessen klinischer Beschreibung zugehört, und dass die Beziehungen der seelischen Vorgänge untereinander und zu den körperlichen Vorgängen in gründlicher Weise untersucht werden müssen. Nur auf dem hier bezeichneten Wege wird die Medicin die Erkenntnis des gesammten Menschen gewinnen und die Krankheiten, die den Gesammtorganismus befallen, verstehen können.

Vorher angestellte Untersuchungen über die automatischen Seelenvorgänge haben mich veranlasst, Hysterische zu untersuchen, welche

diese Vorgänge in höchster Deutlichkeit darbieten. Diese Arbeiten — oder wenigstens einige davon — wurden in einer philosophischen Dissertation vereinigt, die im Jahre 1889 der Sorbonne vorgelegt wurde. Meine Absicht war es nun, dieselben jetzt unter Aufstellung eines neuen Gesichtspunktes wieder aufzunehmen. Statt nur nebenher die Beschreibung des Kranken mit der Besprechung philosophischer Probleme zu verbinden, will ich hier den Versuch machen, den Kranken an und für sich zu schildern. Die psychologischen Studien werden nur nebenher gehen, und uns zum bessern Verständnis jener krankhaften Vorgänge dienen, „in welchen zweifellos das seelische Element eine bedeutende, wenn nicht vorherrschende Rolle spielt". Ich bitte den Leser, mich zu entschuldigen, wenn ich manchmal auf frühere Arbeiten hinweise, in welchen die philosophischen Fragen eingehender auseinandergesetzt sind, als dies eben in einem medicinischen Werke möglich ist.

Der Weg der Beobachtung ist es, der bei diesen Untersuchungen die Hauptrolle spielt: nämlich die klinische Methode in ihrer Anwendung auf Erkrankungen des Geistes. Das Experiment soll bloss — und das nur in einer kleinen Anzahl von Fällen — zur Bestätigung herangezogen werden und es mag dabei nicht ausser Acht gelassen werden, dass das Experiment oft nichts Anderes ist, als eine genauere und etwas sorgfältiger vorbereitete Beobachtung. Man muss sich vor verwickelten Experimenten, die gerade auf psychischem Gebiete schwer durchführbar sind, misstrauisch fernhalten.

Die dazu nothwendigen Zurüstungen sind an und für sich im Stande, den Geisteszustand, den man eben erforschen will, in Verwirrung zu setzen. Die Psychologie ist allem Anscheine nach noch nicht weit genug vorgeschritten, um sogenannte Präcisionsmethoden in Anwendung ziehen zu können. Das allgemeine Wesen der in Betracht kommenden Vorgänge, ihre zahllosen Abweichungen und die stets wechselnden Bedingungen sind nicht so weit ergründet, dass man sich rühmen könnte, jeden einzelnen Vorgang — gesondert von den andern — zu messen. Es ist unnütz und ein schweres Versehen, zur Betreibung der groben Anatomie sich eines Mikroskopes zu bedienen; man setzt sich der Gefahr aus, das, was man sieht, nicht zu verstehen. Ich glaube, dass es vor allem nothwendig ist, den Untersuchten in Bezug auf Lebensgang, Erziehung, Charakter und Ideen, gründlich zu kennen, und dass man stets an der Ueberzeugung festhalten muss, dass man darin niemals weit genug gehen könne. Man muss dieses Individuum unter einfache und genau bestimmte Bedingungen versetzen, dabei sorgfältig und auf der Stelle sein Thun und Reden aufzeichnen. In der

Prüfung seiner Worte und Thaten liegt der beste Weg zur Erkenntnis des Menschen und ich finde es weder überflüssig, noch langweilig, Wort für Wort die Gedankensprünge eines Geisteskranken aufzuzeichnen. Der Leser wird daher nicht verwundert sein, wenn ich in die Lage komme, eine Handlung nebensächlicher Art zu beschreiben oder von einer Kranken gesprochene, beziehungsweise niedergeschriebene Sätze wörtlich anzuführen. Die Worte und Schriftstücke sind die wahrheitsgetreuen Documente, die graphischen Beweismittel der pathologischen Psychologie. Es ist zweifellos unsere Aufgabe, dieselben zu erklären, und wir dürfen sie auch niemals ausser Acht lassen oder nach Belieben umgestalten.

Obwohl die Statistik hier nicht von besonderer Wichtigkeit ist und auch die einschlägigen Beobachtungen nie genug zahlreich sein können, so ist es doch am Platze, dem Leser von der Anzahl der untersuchten Kranken und von den Bedingungen, unter welchen die Beobachtungen angestellt wurden, Kunde zu geben. Die hier dargebotenen Auseinandersetzungen beruhen auf einhundertundzwanzig Beobachtungen Hysterischer, die ich mit möglichster Berücksichtigung aller Einzelnheiten gesammelt habe, und auf einem Dutzend anderer Beobachtungen, die mir durch Freunde in liebenswürdigster Weise übermittelt wurden, wofür ich ihnen hier meinen Dank ausspreche. Die ersten Fälle, die bereits früher beschrieben wurden, habe ich in Havre, Dank der Mithilfe meiner trefflichen Freunde, der Herren *Gibert* und *Powilewicz*, untersucht. Der grösste Theil der Beobachtungen ist aber jüngeren Datums; sie wurden während meines Aufenthaltes in den Pariser Krankenhäusern, an den Abtheilungen meiner ausgezeichneten Lehrer, der Herren *Jules Falret*, *Guyon*, *Siredey*, *Cornil*, *Landouzy* und *Hanot* gesammelt; besonders sind sie der reichhaltigen Klinik des Herrn Professors *Charcot* entnommen, welcher die Güte hat, mich unter die Zahl seiner Schüler, in die Salpêtrière, aufzunehmen. Als ich daran gieng, in der Abtheilung Charcots meine Arbeit aufzunehmen, war es die Theilnahme und Freundschaft Aller, die ich dort traf, welche mir den Aufenthalt an der Klinik für Nervenkrankheiten so theuer gestalteten und ich bin, falls meine kleinen Arbeiten den schönen dort ausgeführten Untersuchungen irgend eine kleine Einzelnheit hinzufügen können, glücklich, dieselben darbieten zu dürfen.

Es ist unmöglich, wenn man nicht anders die Zusammenfassung dieser Studien über Gebühr erschweren will, auf alle Kranken näher einzugehen. Indem ich einen Weg einschlage, den ich bereits angewendet habe und der sich mir auch bewährte, will ich vorwiegend

dieselben Kranken hervorheben, welche, einmal genau erkannt, das Verständnis der Beschreibungen wesentlich leichter machen. Diese Kranken sind — wohlgemerkt — nicht nach Belieben herausgegriffen, sondern wurden unter jenen ausgewählt, die am längsten beobachtet wurden und von verschiedenen Gesichtspunkten aus betrachtet, die am meisten charakteristischen Symptome aufweisen; durch Vergleiche gelingt es, zu ersehen, wie weit die Giltigkeit irgend einer Erscheinung geht, als sich auch daraus ihre Abartung bei jenen Kranken ersehen lässt, bei denen sie in verkümmerter Form auftritt.

Obgleich die hysterischen Symptome nahezu fortdauernd das gleiche Wesen bewahren, so zeigen sie doch andererseits zwei verschiedene Formen ihres Auftretens. Sie sind bald wesentlich für die Krankheit geradezu bestimmend; sie sind dann auch andauernd und erhalten sich so lange, als noch überhaupt die letzten Spuren der Krankeit nachweisbar sind; schliesslich sind sie auch bis zu einem gewissen Grade dem Kranken gleichgiltig, der sich zwar leidend fühlt, ohne aber genau das Symptom bezeichnen zu können, welches seine Leiden verursacht; bald sind diese Symptome, im Gegensatze zu den vorhin erwähnten, ausserwesentlich, gleichsam der Krankheit obendrein hinzugefügt, die an und für sich diese besondere Erscheinung nicht mit sich bringt, dabei flüchtig oder höchstens periodisch, ferner für den Kranken qualvoll, der ganz genau fühlt, was ihm die meisten Leiden verursacht. Dieser Unterschied hat die allgemein giltige Trennung zwischen Stigmata[1]) und accidentellen Erscheinungen den Anlass gegeben. Diese Scheidung ist manchmal leicht durchführbar, und es lässt sich z. B. ohne Schwierigkeit aussprechen, dass die Anästhesie ein Stigma, der hysterische Anfall ein Accidens ist; aber oft kommt es vor, dass ein Symptom sich nicht mit Sicherheit in eine dieser beiden Kategorien einreihen lässt. Nichtsdestoweniger wollen wir an dieser bequemen Eintheilung festhalten und diese Studie über den hysterischen Geisteszustand in zwei Theile zerlegen u. zw.: 1. Die Analyse der geistigen Stigmata; 2. die Untersuchung der accidentellen psychischen Vorgänge bei der Hysterie. Der vorliegende Band dieses Werkes wird sich nur mit den Stigmata beschäftigen, wobei wir uns die Untersuchung der accidentellen psychischen Vorgänge bei der Hysterie für den zweiten Band vorbehalten.

[1]) Stigma-Degenerationszeichen. Der Ausdruck des Originals wurde der Kürze und Prägnanz halber beibehalten, da ein ebenso kurzes und bezeichnendes deutsches Wort nicht vorhanden ist. (Anmerkung des Uebersetzers.)

Erstes Capitel.

Die Anästhesien.

Die Erscheinungen der Empfindungslosigkeit, welche man bei Hysterischen sehr oft beobachten kann, scheinen auf den ersten Blick nicht zu den wichtigsten Symptomen der Krankheit zu gehören; es sind andere Erscheinungen gewesen, die zunächst die Aufmerksamkeit der früheren Beobachter erregt haben. Daher wurde auch die Empfindungslähmung, obwohl seit langer Zeit bekannt, wie es durch das Suchen der „Teufelsmarke" bei den Hexen bewiesen ist, in den ältern Beschreibungen bei Seite gelassen. *Sydenham* (1681), *Lonyer-Villermay* (1816), *Georget* (1824), *Landouzy* (1846) thuen ihrer überhaupt keine Erwähnung. Es sind kaum fünfzig Jahre her, dass dieses wesentliche Symptom von *Piorry* (1843), *Macario* (1844), *Gendrin* (1846), *Henrot* (1847), *Skokalsky*, *E. Mesnet*, *A. Voisin* hervorgehoben wurde besonders aber war es *Briquet*, der in seinem trefflichen Werke (1859), auch die psychischen Phänomene, welche die Hysterischen darbieten, sorgfältig beschrieben hat.[1]) *Charcot* hat in seinen, aus dem Jahre 1872 stammenden Vorlesungen, nicht nur das Vorhandensein und die Häufigkeit dieses charakteristischen Symptoms, sondern auch seine hervorragende Wichtigkeit für die Diagnose und die Ergründung der Hysterie ans Licht gebracht.[2])

Die Anästhesie ist thatsächlich ein treffliches diagnostisches Merkmal. Für den Arzt ist sie klar, leicht zu erfassen und sehr beweiskräftig, für den Kranken hingegen wenig kenntlich und schwer zu simuliren.[3]) Sie spielt unserer Ansicht nach auch eine wichtige Rolle für die Theorie der Erkrankung. Sie existirt nämlich nicht in gleichem Grade und in gleicher Form bei den psychischen Störungen anderer Art,

---

[1]) Die historische Uebersicht nach *Pitres* „Klinische Vorlesungen über Hysterie". 1891, I., p. 59.

[2]) *J. M. Charcot:* „Vorlesungen über Nervenkrankheiten". 5. Aufl., 1884, p. 300.

[3]) *Pitres:* Op. cit., I., 79.

während sie als typisch auch für die anderweitigen Symptome der Hysterie betrachtet werden kann. Schliesslich ist die Anästhesie auch für die psychologische Untersuchung wertvoll; Empfindung und Empfindungslosigkeit, ihrem Wesen nach rein psychisch, geben sich leicht nach aussen hin kund. Es lässt sich mit genügender Sicherheit feststellen, ob ein Körpertheil Empfindung besitzt — oder nicht, und es ist auch die Anästhesie eine psychologische Thatsache, die der experimentellen Untersuchung sehr leicht zugänglich ist. Denkt man nun an die hohe Bedeutung, welche die Psychologen den Empfindungen beim Aufbau des Intellects zuschreiben, so lässt es sich aus all diesen Gründen begreifen, dass das Studium der Anästhesie hier an die Spitze der Analyse des pathologischen Geisteszustandes gestellt wurde.

In den nachfolgenden Blättern[1]) scheint es mir zweckmässig, zunächst das Hauptgewicht auf die kennzeichnenden Merkmale und die allgemeine Erklärung der Anästhesie zu legen und die besondere Untersuchung über die speciellen Formen, die als Ergänzung und Bestätigung der allgemeinen Hypothesen dienen sollen, auf den Schluss des Capitels zu verschieben.

§ 1. Eintheilung und allgemeine Charakteristik.

Eine grosse Anzahl von Hysterischen — unter Bedingungen gebracht, bei denen ein gesunder Mensch eine mehr oder weniger lebhafte Empfindung zeigen möchte, benimmt sich so, als ob sie gar nichts empfinden würden; sie antworten nicht auf den Reiz und beklagen sich nicht, wenn man sie kneipt, sticht oder brennt; befragt, erklären sie nichts gehört, oder einen beleuchteten, vor ihr geöffnetes Auge hingestellten Gegenstand nicht gesehen zu haben.

Dies Gebaren der Kranken ist es, welches man mit dem Namen der Anästhesie belegt. Dieselbe existirt aber keineswegs bei allen derartigen Kranken und man darf auch die Diagnose auf Hysterie — bloss aus Mangel des oberwähnten Symptoms — nicht zurückweisen.

Es gibt, wie gezeigt werden soll, andere weniger klare und besonders weniger pathognomonische psychische Erscheinungen, die in bestimmten Fällen stellvertretend sein können. Die Anästhesie besteht andererseits in ihren verschiedenen Formen, bei der grossen Mehrzahl der Fälle und kann als vollkommen charakteristisch für dieselben betrachtet werden.

---

[1]) Nach einer in der Salpêtrière 11. März 1892 gehaltenen Vorlesung. Arch. de neurol. Mai 1891.

Die hysterische Anästhesie kann mehr oder weniger ausgebildet sein und sich manchmal nur auf eine Verringerung der normalen Sensibilität beschränken, wobei das Vorhandensein einer derartigen Unterempfindlichkeit der Auffassung schwieriger zugänglich ist. Sie kann sich andererseits wieder auf sämmtliche Empfindungsformen erstrecken, die im Gebiete des menschlichen Intellects vorhanden sind. Sämmtliche Sinne — Tast-, Muskel-, Geschmacks- und Geruchsinn, Gehör und Gesicht etc., können einzeln oder gemeinsam ergriffen sein. Die Empfindlichkeit der Schleimhäute, wenigstens der für die Untersuchung zugänglichen, kann ebenso gestört sein, wie die der Haut. Man kennt auch die Bedeutung, welche einzelne Kliniker, darunter *Chairou*, nicht ohne Uebertreibung, der Anästhesie der Kehldeckel- und Rachenschleimhaut beimassen.[1]) Bei zusammengesetzten Sinnesfunctionen ist ein theilweises Ergriffensein denkbar, wobei ein Element verschwindet, ein anderes wieder fortbesteht. Ein Hysterischer kann die Berührungsempfindung in ihrer Gesammtheit einbüssen, oder bloss die Wärme-, Schmerz- oder elektrische[2]) Empfindung oder schliesslich die Empfindlichkeit der Gelenke für Drehung oder Zerrung. Der Gesichtssinn kann in seinen verschiedenen Elementen befallen sein, als da sind: Sehschärfe, Farbensinn, Gesichtsfeld. Es gibt, kurz gesagt, keine den Psychologen überhaupt bekannte Empfindungsform, die nicht bei diesen Kranken durch die Anästhesie geändert oder zum Verschwinden gebracht werden könnte.

Diese nach Sitz und Form so wechselnden Anästhesien können in drei Hauptgruppen gebracht werden; sie können zu einem bestimmten System gehörig oder localisirt oder schliesslich allgemein sein.

Die *systematischen* Anästhesien sind meiner Ansicht nach viel häufiger, als man es allgemein annimmt, denn sie gelangen nicht immer zur Kenntnis. Sie erstrecken sich nicht auf alle von der Erregung eines bestimmten Sinnes oder einer bestimmten Körperstelle ausgehenden Empfindungen, sondern nur auf eine in ein bestimmtes System gehörige Empfindungsgruppe, wobei sie alle andern Reize, die auf denselben Sinn oder dieselbe Körperstelle einwirken, zum Bewusstsein gelangen lassen. Diese Art der Empfindungslähmung, die von den alten Magnetiseuren genau studirt wurde, lässt sich leicht während des hypnotischen Schlafes feststellen und kann durch geeignete Suggestionen hervorgerufen werden. Das untersuchte Individuum kann beispiels-

[1]) *Gilles de la Tourette:* „Klinische und therapeutische Abhandlungen über Hysterie."

[2]) *Ch. Richet:* „Klinische und experimentelle Untersuchungen über Empfindung", 1877, 279.

weise alle in einem Zimmer anwesenden Personen sehen, aber eine bestimmte ihm bezeichnete Person, weder sehen noch hören; es wird Gegenstände, Papiere, die ihm vorgezeigt werden, sehen können, bestimmte Papiere aber, die mit einem Kreuz oder einer ungeraden Zahl bezeichnet sind, wird es nicht sehen können. Die Analyse dieser Erscheinung war für mich der Ausgangspunkt des Studiums der hysterischen Anästhesien, welche mehr als man es auf den ersten Blick glauben möchte, dieser Grundform ähneln.[1])

Diese systematische Anästhesie findet sich auch natürlicherweise bei den somnambulen Zuständen, welchen Ursprunges immer dieselben sein mögen. Der Somnambule kann nur eine bestimmte Gruppe, ein bestimmtes System von Dingen sehen, die in Beziehung zu seinem Traumzustand stehen; aber trotzdem seine Sinne für eben diese Dinge zugänglich sind, bleiben sie für alles Andere verschlossen. Der Hypnotisirte hört nur seinen Hypnotiseur und scheint niemand anderen zu hören. Der von *Mesnet* trefflich beschriebene menschliche Automat sieht nur das in seiner Hand befindliche Zündhölzchen, nicht aber die ihm dargereichten. Eine von mir beschriebene natürliche Somnambule sah z. B. sehr wohl, dass die von ihr herbeigebrachte Lampe aufgedreht werden musste, sie sah aber nicht die anwesenden Personen, die sich vergeblich bemühten, von ihr bemerkt zu werden.[2])

Schliesslich kann sich auch dasselbe Verhalten während des Wachzustandes der Kranken zeigen. Ich habe ein junges Mädchen beobachtet, das mir sehr merkwürdig erschien. Ihre beiden Hände waren vollkommen anästhetisch, aber sie erkannte bei Berührung stets zwei oder drei zu ihrer täglichen Toilette gehörigen Dinge, u. zw. ihre Ohrringe und ihre Haarnadeln aus Schildkrot. Irgend welcher andere Gegenstand, den man ihr in die Hände legte, z. B. ein Geldstück oder ein Bleistift, wurde absolut nicht empfunden. Eine andere Kranke, deren beide Hände ebenfalls vollkommen anästhetisch waren, wusste es immer durch blosse Berührung, ohne Zuhilfenahme des Spiegels, ob ihre Frisur gut oder schlecht angeordnet war.[3])

In dem Werke von *Gilles de la Tourette* findet man eine analoge Beobachtung: es gibt, wie er sagt, Hysterische, die bestimmte Geschmacksempfindungen weiter behalten, während sie sämmtliche andern verloren

---

[1]) Siehe diesbez. zwei vorhergehende Arbeiten: „Die systematische Anästhesie und die Dissociation psychischer Vorgänge". Revue philosophique, 1887, I., 449 und „Der psychologische Automatismus", 1889, 271.

[2]) Autom. psych., 1889, 287.

[3]) Ibid., 291.

zu haben scheinen; so konnte z. B. eine Kranke nur mehr den Geschmack der Zwiebelsuppe wahrnehmen.[1])

In allen diesen Fällen scheint es, dass Empfindung und Empfindungslosigkeit nicht nach den organischen Modificationen des Sinnesapparats sich richten, sondern nach bestimmten Vorstellungen des Kranken, welche für die Wahl der gefühlten und nicht gefühlten Eindrücke entscheidend sind.

Localisirte Anästhesien. — Dieser Name gilt für vollständige Empfindungslähmungen, die einen bestimmten Körpertheil befallen. Keinerlei Erregung des befallenen Theiles ruft eine Empfindung im Bewusstsein hervor, während gleichartige Reize in benachbarten Gebieten vollkommen empfunden werden. Die häufigste und auffallendste Localisation, welche man findet, wird mit Recht als Hemianästhesie bezeichnet, denn sie befällt eine seitliche Körperhälfte und hört knapp an der Mittellinie auf.

Ist sie vollständig, so erzeugt keinerlei Reiz aus dem Gebiete der Schmerz-, Berührungs-, Wärme- oder Muskelsinnsphäre auf der befallenen Seite, meist ist es die linke,[2]) irgendwelche bewusste Empfindung. Diese Hemianästhesie ist nicht nothwendigerweise von der Anästhesie der specifischen Sinnesapparate der gleichen Körperhälfte begleitet, doch kommt diese Verbindung oft genug vor. Die Vertheilung der Sensibilität ist jedoch nicht immer so einfach. Es gibt auch gekreuzte Formen wo die linksseitige Hemianästhesie des Gesichtes, Armes und Rumpfes auf das rechte Bein übergreift, während das linke Bein seine Empfindung beibehält.[3])

Noch häufiger habe ich Kranke gesehen, bei denen die eine Gesichtshälfte und die anderseitige Körperhälfte anästhetisch waren. Schliesslich können empfindungslose Flecke oder Inseln, unregelmässig begrenzt, auf dem Körper vertheilt sein, ohne sich anscheinend an eine bestimmte Ordnung zu halten.

Die auffallendsten dieser localisirten Anästhesien wurden von *Charcot* unter dem Namen „Anästhesie in geometrischen Segmenten“ [4]) beschrieben. Ganze Gliedmassen, oder Theile derselben, z. B. ein Finger, die Hand oder die Schenkel werden in ihrer ganzen Oberfläche gefühllos, und die empfindungslose Zone ist durch regelmässige, meist auf der Gliedachse senkrecht stehende Linien begrenzt. Dahin

---

[1]) *Gilles de la Tourette:* Op. cit., 183.

[2]) Nach *Briquet* drei Fälle linksseitiger, auf einen Fall rechtsseitiger Anästhesie. Op. cit., 278.

[3]) *Pitres:* Op. cit., I.. 133.

[4]) *Charcot:* „Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems“. III., 345.

gehören die Anästhesie in Aermel-, Keulenform etc. Ich glaube zu dieser Gruppe eine auffallende, von mir früher als blosses Curiosum [1]) beschriebene, seither zweimal wieder beobachtete Vertheilungsform der Anästhesie rechnen zu dürfen. Diese Wiederholung der Beobachtung führt mich zur Annahme, dass mehr als Zufall hiebei im Spiele ist. Es gibt nämlich gewisse Kranke, die klar ausgesprochene Anästhesie einer Körperhälfte zeigen, bei denen aber um alle Gelenke herum förmliche „Armbänder" intacter Empfindung vorhanden sind Umgekehrt hatte ein Kranker, einigermassen von einer Monoplegie des Armes geheilt, die Empfindungsfähigkeit desselben wiedergewonnen, behielt aber ein anästhetisches „Armband" um das noch wenig bewegliche Handgelenk. *Gilles de la Tourette* [2]) hat endlich die Aufmerksamkeit auf eine vom psychologischen Standpunkt aus sehr interessante Vertheilungsform gelenkt. Oft tritt nämlich ein anästhetischer Fleck auf einer Körperstelle auf, die bereits der Sitz irgend eines andern hysterischen Symptomes, z. B. Krampf oder Lähmung ist. Isabelle, eine Kranke, die wir noch mehrmals erwähnen werden, zeigt in gewöhnlichem Zustande eine linksseitige, bis knapp an die Mittellinie des Halses und Stammes reichende Hemianästhesie. Sie zeigt oft, nach einem Anfall, Krämpfe des Kehlkopfes und der Zungenbeinmuskeln und verliert hiebei die Sprache. In diesem Moment sendet die linksseitige Anästhesie einen Ausläufer auf die empfindende Körperhälfte und bedeckt die gesammte Kehlkopf- und Zungenbeingegend.

Die Vertheilungsgebiete der Anästhesie entsprechen augenscheinlich nicht etwa bestimmt abgegrenzten anatomischen Regionen. Nicht das vom Nervus cubitalis oder medianus innervirte Gebiet ist von der Anästhesie betroffen, sondern die Hand oder das Handgelenk. Nicht das Innervationsgebiet des Plexus brachialis ist es, das von Empfindungslähmung befallen wird, sondern der Arm in seiner Gesammtheit, die Schulter mit inbegriffen Die von der Anästhesie befallene Region entspricht nicht einem bestimmten Gefässgebiet, sie wird nicht von einer bestimmten Arterie versorgt, wie dies früher *Briquet* annahm. [3]) Die Localisation ist nicht anatomisch, sondern physiologisch, wie *Charcot* treffend bemerkt. Eines möchte ich noch hinzufügen: Die Vertheilung entspricht gleichsam einer rohen, populären Physiologie. Wenn eine Hysterische eine Lähmung der Hand zeigt, wo muss naturgemäss die Empfindungslähmung sitzen? Doch wohl im Gebiet der nicht functionirenden Muskeln, d. h. am Oberarm. Und doch ist hier die

---

[1]) Autom. psych., 312.

[2]) *Gilles de la Tourette:* Op. cit., 158.

[3]) *Briquet:* Op. cit., 281.

Anästhesie fast immer auf Hand und Handgelenk beschränkt. Bei der hysterischen Blindheit erstreckt sich die Anästhesie nicht bloss auf die Netzhaut, sondern auch auf Bindehaut und Augenlider. Die amaurotische Hysterica hat gleichsam eine anästhetische Brille aufgesetzt.[1]) Sie hat ihr Auge nicht nur im physiologischen Sinn eingebüsst, sondern auch im volksthümlichen Sinn des Wortes, d. h. den gesammten Orbitalinhalt.

Es scheint demnach, dass selbst bei den umschriebenen Anästhesien die gewohnten Empfindungsassociationen und Organvorstellungen eine wichtige Rolle spielen und deren Vertheilung entscheidend beeinflussen.

Allgemeine Anästhesien. — Als dritte Form — obwohl dies gewiss weniger oft der Fall ist — können jene Anästhesien bezeichnet werden, welche die gesammte Körperfläche befallen und mehr oder weniger vollständig die verschiedenen Empfindungsarten zum Schwinden bringen. Es sei gleich hier eine wichtige Bemerkung angeknüpft, die sich bereits den vorerwähnten Thatsachen anpasste, aber hier um so mehr in die Augen fällt. Es kann nämlich diese Anästhesie vollständig und allgemein sein, ohne — subjectiv oder objectiv — in dem Empfindungsleben des befallenen Individuums irgendwelche bemerkenswerte Störung hervorzurufen.

Untersuchen wir zunächst die Thatsachen in objectiver Weise, indem wir das äussere Bild der anästhetischen Theile ins Auge fassen. Zweifellos kann sich die hysterische Anästhesie manchmal zu bereits bestehenden Störungen hinzugesellen, als da sind Krämpfe, Lähmungen, Oedeme, und schliesslich — wie erst jüngst gezeigt wurde[2]) — Atrophien. Manchmal ist sie von einem gewissen Krampfzustand der Blutgefässe begleitet und es hat hiebei *Charcot*[3]) auf eine Erscheinung die Aufmersamkeit gelenkt, welche nachher von *Pitres*[4]) sorgfältig untersucht wurde. Es ist dies das Fehlen einer irgendwie bemerkenswerten Blutung und die Geringfügigkeit der Hautreaction nach Stichen, die auf der empfindenden Seite Röthung und einen Blutstropfen hervorrufen. Ich wurde auf dieses Vorkommen bei der Untersuchung einer Kranken, namens Bertha, aufmerksam. Um die Grenze des anästhetischen Bezirks zu finden, brachte ich ihr auf der Stirne Steck-

---

[1]) *Féré:* „Beiträge zur Kenntnis der Hystero-Epilepsie". Arch. de neurol. 1883, 282.

[2]) *Babinski:* „Ueber Muskelatrophie bei den hysterischen Lähmungen". Archives de neurologie, 1886, I. — *Dutil* und *Gilles de la Tourette:* „Beiträge zur Kenntnis der trophischen Störungen bei der Hysterie". Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1889, 250.

[3]) *Charcot:* „Die Krankheiten des Nervensystems". 1884, T. I., 303

[4]) *Pitres:* Op. cit., I., 76.

nadelstiche bei. Ich war lebhaft erstaunt, nach einigen Minuten, ein ganz auffallendes Bild vorzufinden. Es war nämlich die ganze rechte Stirnhälfte mit kleinen aber deutlichen rothen Flecken besäet, während die linke Stirnhälfte vollkommen weiss geblieben war. Man beobachtet manchmal auch gewisse Störungen in der Ausscheidungsthätigkeit; so habe ich Hysterische gesehen, welche an der empfindungslosen Seite keine Schweisssecretion hatten, oder umgekehrt abnorm gesteigerte Schweissbildung zeigten. Eine auffallende Beobachtung, die meiner Ansicht nach der Bestätigung bedarf, verdanke ich der Freundlichkeit des Herrn Tixeron, Präparator am Laboratorium des Krankenhauses Necker. Eine junge Frau mit rechtsseitiger Anästhesie nahm seit einiger Zeit Pillen aus salpetersaurem Silber. Nach einem mit dem Wasser der Quellen von Barèges bereiteten Bade wurde die Haut der rechten Seite intensiv braun gefärbt, während die linke Seite weiss blieb. Schliesslich hat uns *Vigouroux* dargelegt, dass in bestimmten Fällen, der elektrische Leitungswiderstand der empfindungslosen Seite beträchtlich erhöht war. Es ist nicht unsere Aufgabe, in dieser Arbeit die physiologischen Veränderungen, die eines eingehenden Studiums bedürfen, genauer zu untersuchen. Wir begnügen uns damit, festzustellen, dass die Anästhesie sich zu einer gewissen Anzahl bereits vorhandener Störungen zugesellen kann. Welches auch immer die Bedeutung dieser Beobachtungen in einzelnen Fällen sein mag, so steht es doch fest, dass oft, oder selbst in der Mehrzahl der Fälle, die Anästhesie bestehen kann, ohne die oben erwähnten Störungen mit sich zu führen. Sie zeigt sich z. B. in ausgesprochener Weise, ohne dass ein Temperaturunterschied zwischen der empfindenden und nicht empfindenden Hand besteht, ohne Veränderung der Hautfarbe, der Circulation, mit einem Wort — der Gewebsernährung.[1])

Wenn die Empfindungslähmung an einer Stelle sitzt, deren Berührung oder Erschütterung für gewöhnlich den Ausgangspunkt einer Bewegung bildet, so ist der betreffende Reflex meist unbeeinflusst. Für die Mehrzahl der Reflexe bedarf diese Annahme keiner Discussion; der Patellarreflex, der Rosenbach'sche Bauchreflex, die vasomotorischen und secretorischen Reflexe, die Reflexe der Schwellorgane, schliesslich auch die Herz- und Athmungsreflexe, die von Hauterregungen ausgehen, schienen uns immer vollständig erhalten.[2]). Wenn man auch manchmal eine Herabsetzung findet, so darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass eine solche auch bei normalen Menschen vorkommt.

---

[1]) Eingehend erörtert bei *Pitres:* Op. cit., I., 75.

[2]) *Ch. Pitres:* Op. cit., I., 72.

Ich stimme mit *Parinaud* darin überein, dass die Reflexe, die von der Papille des Sehnerven ausgehen, selbst bei completer Amaurose meist erhalten sind, wenn diese hysterischer Natur ist. Ich schränke diese Behauptung nur insoferne ein, als *Briquet*[1]) von grossen erweiterten Pupillen spricht und auch *König* mir jüngst einen Fall von allem Anschein nach hysterischer Amaurose mitheilte, wo dauernde Pupillenerweiterung bestand.

Auch hier trifft es sich, dass die Amaurose zu einer bereits bestehenden motorischen Störung hinzutritt, doch ist dies jedenfalls sehr selten. *Pitres* hat einen andern sehr interessanten Pupillarreflex beschrieben, der trotz vorhandener Anästhesie fortbesteht. Wenn man nämlich die anästhetischen Hautstellen kräftig sticht oder kneift, so erweitern sich die Pupillen, trotzdem die Patienten keinerlei Schmerzempfindung verspürt haben.[2])

Ich habe das Experiment von *Pitres* bei vielen Kranken mit dem gleichen Resultate erprobt.

Es gibt hingegen andere Reflexe, durch welche die ganze Frage schwieriger gestaltet wird. Es sind solche, die bei der hysterischen Empfindungslähmung sehr oft herabgesetzt sind oder ganz fehlen. Es gehören dazu das Zusammenzucken und Verziehen des Gesichtes, welches normaler Weise bei plötzlichem Kneifen oder Brennen eintritt, ferner der durch das Kitzeln der Fussohle oder der Flanken ausgelöste Reflex. Ferner der Ekelreflex beim Kitzeln des Schlundkopfes, der bei Berührung der Bindehaut ausgelöste Reflex, etc. Ich glaube, dass diese Reflexe besonderer Natur sind und möchte sie als sensitive Reflexe bezeichnen. Sie hängen nämlich nicht von einer bestimmten klaren Empfindung ab, sondern von einer allgemeinen Erregung — dem Schmerz. Wir kommen noch darauf am Ende dieses Abschnittes, bei Besprechung der Schmerzempfindung zurück.

Die Anästhesie kann auch in mittelbarer Weise die Ursache von Störungen des physiologischen Zustandes werden, wenn nämlich der Kranke die Vorsichtsmassregeln zum Schutz der empfindungslosen Theile ausser Acht lässt. Bei Thieren sind die durch Nervendurchschneidung unempfindlich gemachten Körpertheile oft gequetscht und wund.

Es ist auch ferner das Verhalten der Kranken bekannt, die an Syringomyelie, einer interessanten jüngst beschriebenen Erkrankung, leiden. Sie tragen Verbrennungsnarben an den Fingern und klagen darüber,

---

[3]) *Briquet:* Op. cit., 294.

[1]) *Pitres:* Op. cit., I., 73.

dass sie sich jeden Augenblick Brandwunden zuziehen, ohne es zu fühlen. Ich habe selbst zweimal ähnliche Zufälle bei Hysterischen beobachtet, jedoch kommt dies nur unter ganz besonderen, ausnahmsweisen Umständen vor. Im Allgemeinen sieht man bei diesen an den Gliedern, die sowohl der Schmerz- als auch der Wärmempfindung ermangeln, weder Quetschungen, noch Brandwunden. Die Anästhesie hindert demnach diese Kranken nicht, sich gegen die verschiedenen Verletzungen zu schützen.

Dieser relative Mangel objectiver Störungen ist ausserordentlich häufig mit einem sehr wichtigen subjectiven Symptom vergesellschaftet. Es wird nämlich diese Form der Anästhesie vom Kranken gar nicht erfasst, sie ist für ihn gleichsam belanglos und bleibt meist ganz unbemerkt. Ab und zu hört man einen Kranken sagen: „Ich habe meine Stirn berührt und hatte dabei das Gefühl, als berührte ich die Stirne eines Andern, oder einen Tisch.“ Diese Bemerkung wird aber selten gehört, man findet sie nur bei solchen, die sich mit ihrer Krankheit näher beschäftigt und von deren Symptomen sprechen gehört haben. Wenn man eine Hysterische zum erstenmal sieht oder wenn man Kranke beobachtet, die vom Land hereinkommen und noch nicht von Specialisten untersucht wurden, so findet man — wie auch ich es oft gesehen habe — dass diese Kranken die ausgebreitetsten und vollständigsten Anästhesien aufweisen, ohne davon Beschwerden zu haben, oder sie überhaupt zu ahnen. *Lasègue*, der die psychischen Verhältnisse der Hysterie sorgfältig studirt hat, wies bereits auf diese Unkenntnis der Kranken bezüglich ihres Zustandes hin.[1] *Charcot* hat wiederholt mit Nachdruck darauf hingewiesen[2] und gezeigt, dass diese Kranken höchst erstaunt sind, wenn man ihnen ihre Empfindungslähmung zur Kenntnis bringt. Auch sämmtliche neueren Beobachter befinden sich diesbesüglich in voller Uebereinstimmung.[3] Ganz verschieden davon sind die Verhältnisse bei den auf organischen Erkrankungen beruhenden Anästhesien. Man kennt jenes besondere Symptom der Tabes, das *Charcot* als einer der Ersten beschrieben und als tabetische Maske bezeichnet hat. Die Kranken verlieren nämlich die Empfindung eines mehr oder weniger grossen Theils des Gesichtes, aber sie geben sich davon subjectiv Rechenschaft und erklären, dass sie dabei von einem furchtbaren Gefühl befallen werden. Wenn man eine der zahllosen Hysterischen, die an Gesichtsanästhesie leiden, fragen möchte,

---

[1]) *Lasègue:* Arch. gén. de méd. 1864. Études medicales II., 30.
[2]) *Charcot:* „Nervenkrankheiten“, I., 305.
[3]) *Pitres:* Op. cit. I., 74. *Gilles de la Tourette:* Op. cit., 161.

ob sie auch dieses furchtbare Gefühl empfindet, würde sie antworten, dass ihr die ganze Sache herzlich gleichgiltig sei.

Es dürfte, wie ich glaube, nicht schlecht sein, hier ein kleines Geschichtchen mitzutheilen, welches geeignet ist, den Unterschied zwischen hysterischer und organischer Empfindungslähmung klar zu machen. Die Sache habe nicht ich selbst gesehen, sondern verdanke sie meinem Bruder, dem Dr. Jules Janet. Als derselbe Interner im Krankenhause Pitié bei Herrn Dr. Polaillon war, hatte er Gelegenheit nachfolgenden Fall zu beobachten. Ein junges Mädchen von ungefähr zwanzig Jahren, war das Opfer eines schweren Unglücksfalls geworden. Sie war nämlich in eine Glasthür gestürzt und zwar so unglücklich, dass ihr ein Glassplitter eine tiefe Schnittwunde an der unteren Fläche des rechten Handgelenkes, knapp unter dem Daumenballen, beibrachte. Die Blutung wurde gestillt und die Wunde war — so gut es eben gieng — vernarbt, als das junge Mädchen wenige Tage nach dem Unglücksfall, sich in der Sprechstunde vorstellte. Sie empfand ein gewisses Vertaubungsgefühl in der rechten Hand, aber es war keine ausgesprochene Lähmung vorhanden. Vor allem aber beklagte sie sich über hartnäckige und höchst lästige Empfindungslähmung, die ihren Sitz in der Handfläche hatte. Dieselbe war an den Fingern nur wenig ausgeprägt, am Daumenballen hingegen wirklich vollständig vorhanden. Es handelte sich augenscheinlich um eine mehr oder weniger vollständige Durchtrennung des Nervus medianus, besonders seiner oberflächlichen Aeste. Als man nun an die genauere Beobachtung der Kranken ging, machte man eine ganz eigenthümliche Wahrnehmung. Sie war nämlich eine Hysterica und hatte auf der ganzen linken Seite, von oben bis unten, vollständige Anästhesie, über welche sie aber kein Wort gesagt hatte. Der Arzt machte sich über sie lustig und sagte: „Wie kommt es, Fräulein, dass sie über die Empfindunglosigkeit eines ganz kleinen Theiles der rechten Handfläche jammern, während Sie es nicht einmal bemerken, dass Sie auf der ganzen linken Körperseite vollständig gefühllos sind?“ Das arme Mädchen war darob ganz bestürzt und eingeschüchtert. Meiner Ansicht nach, hätte sie mit grösserer Zuversicht antworten und dem Arzt sagen können „Worüber halten Sie sich auf? Ich kann nur das angeben, was ich fühle. Die Unempfindlichkeit der rechten Handfläche ist mir lästig, während die Unempfindlichkeit der linken Körperseite mich nie gestört hat. Ihre Sache ist es, Herr Doctor, so weit Sie es können, dies aufzuklären.“

Dasselbe lässt sich, wie ich glaube, für alle Sinne, auch für den Gesichtssinn sagen. Es gibt eine den Augenärzten wohlbekannte Erkrankung, die Retinitis pigmentosa, die in einer fortschreitenden, centri-

petal vorrückenden Sclerose der Netzhaut besteht. Es ist selbstverständlich, dass eine derartige Erkrankung eine fortschreitende und concentrische Einengung des Gesichtsfeldes erzeugt. Die Kranken werden dadurch in eine furchtbare Lage versetzt. Sie können sich nur mit Mühe auf der Strasse bewegen und machen fortwährende Anstrengungen, das Auge, dessen Gesichtsfeld eingeschränkt ist, nach allen Richtungen hin zu bewegen. Kommen derartige qualvolle Zustände auch bei Hysterischen vor? Müssen auch sie ihre Gesichtsfeld-Einschränkung durch krampfhafte Bewegungen des Augapfels auszugleichen trachten? Ganz im Gegentheil; ich habe oft junge Mädchen, die ein auf 5° eingeengtes, nahezu punktförmiges Gesichtsfeld hatten, ganz so wie Gesunde im Hof Ball spielen gesehen. Sie verfolgen den Ball in der Luft und erhaschen ihn im Fluge, während ein an Retinitis pigmentosa leidender Kranker, mit einem Gesichtsfeld von 15°, sich kaum auf der Strasse halten kann.

Die hysterische Anästhesie hat demnach in allen ihren Erscheinungsformen ihre besondern Eigenthümlichkeiten. Ob sie nun in ihrer Vertheilung ein System betrifft oder localisirt ist, so hängt sie doch immer viel mehr von den Vorstellungen des Individuums, als von der anatomischen Beschaffenheit der befallenen Theile ab. Auch wenn sie allgemein ist, beeinflusst sie nur wenig oder meist gar nicht die physiologische Thätigkeit der Glieder. Sie ist für den Kranken meist gleichgiltig und er weiss auch von ihr nichts, bevor man ihn nicht darauf aufmerksam macht.

§ 2. Das Problem der Anästhesie.

Sobald die hysterische Anästhesie genau festgestellt und in ihrer Bedeutung erkannt war, was man insbesondere *Charcot* verdankt, gieng man von allen Seiten daran, ihre Eigenthümlichkeiten klarzulegen, und ihr Wesen zu enträthseln. Die Beobachter stiessen jedoch dabei sehr rasch auf grosse Schwierigkeiten und nahmen wahr, dass die hysterische Anästhesie, so einfach sie auf den ersten Blick erschien, sich gleichsam umzuwandeln und zu verhüllen schien, als man sich an ihr genaueres Studium machte. *Lasègue*, der das wahre Wesen dieser Erscheinung erkannt hatte, hält sich wiederholt dabei auf, darzulegen, wie eigenthümlich diese Empfindungslähmung ist. Er besteht darauf, dass man sie vollständig von den auf nervöser Basis beruhenden Empfindungslähmungen trennt und geht so weit, sie als eine Art geistiger Störung zu bezeichnen. „Ich neige zum Glauben hin — sagte er, — dass der Hysterische, in anderer Form und in anderem Grade — sich in einer der progressiven Paralyse ähnlichen Geistes-

verfassung befindet, was auch hinlänglich seine Gleichgiltigkeit dem Zustande gegenüber erklärt.[1])

Gehen wir nun an die Prüfung jener Thatsachen, die geeignet sind, uns nach und nach zu einer ähnlichen Auffassung zu führen.

Für gewöhnlich beruht die Anästhesie auf einer mehr oder weniger schweren Erkrankung des Nervensystems. Es folgt daraus, dass sie meist dauernd ist oder wenigstens sehr langsam, nach Massgabe der Wiederherstellung der erkrankten Theile, zurückgeht. So verhält es sich aber nicht bei der hysterischen Anästhesie, deren vorzüglichste Eigenthümlichkeit die Veränderlichkeit ist.

Veränderlichkeit der Anästhesien. — Es kommt zweifellos vor, dass einzelne Kranke ihre Stigmata fürs ganze Leben mit sich tragen. So ist, z. B. Aurél. noch mit 75 Jahren hemianästhetisch; Ler. zeigte vierzig Jahre lang Hemianästhesie[2]) und Einschränkung des Gesichtsfeldes. Wir werden derartige Fälle stets im Auge behalten müssen, doch ist es zweifellos, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle und vielleicht auch in den oben erwähnten, was möglicherweise der Beobachtung entgangen ist, die Anästhesie sich ändert, oder für kürzere oder längere Zeit plötzlich verschwindet.[3]) *Féré* meint, dass sie sich von einem Augenblick zum andern ändert, und dies aus geringfügigen Anlässen, die der Aufmerksamkeit leicht entgehen können.[4]) „Obwohl diese Aenderungen rasch vor sich gehen, so können doch einzelne derselben genauer untersucht werden und man kann wenigstens einige Verhältnisse, unter denen sie am häufigsten vor sich gehen, erkennen."

1. Die Anfälle verändern in beträchtlicher Weise die Vertheilung der Sensibilität. Viele Beobachter haben festgestellt, dass in der Zeit vor dem Anfalle[5]) die Anästhesie zunimmt; so zeigt, z. B. Margarethe, die für gewöhnlich rechtsseitig hemianästhetisch ist, und ein Gesichtsfeld von rechts 60°, links 30° hat, während der dem Anfall vorhergehenden Stunden, beiderseitige Anästhesien sowie beiderseitige Gesichtsfeldeinschränkung auf 25°.

Viel seltener kommt das gegentheilige Verhalten vor, worauf ich hier aufmerksam mache: Célestine, die für gewöhnlich totale Anästhesie

---

[1]) *Lasègue:* „Ueber hysterische Anästhesieund Ataxie". Arch. gen. de méd. 1864. Études médicales. 1884. II., 32.

[2]) *Gilles de la Tourette:* Op. cit. 203.

[3]) *Ch. Richet:* „Untersuchungen über das Empfindungsvermögen". 1877, 276.

[4]) *Féré:* „Ueber Energie u. Geschwindigkeit d. Willkürbewegungen". 1889. II., 37.

[5]) *Paul Richer:* „Klinische Studien über die „Grande hysterie" 1885, 23. *Gilles de la Tourette:* Op. cit. 206.

und beiderseits ein Gesichtsfeld von 10^0 hat, bekommt manchmal, während des Excitationsstadiums, das dem Anfall um eine halbe Stunde vorangeht, ihre volle Empfindungsfähigkeit wieder.

Während des Anfalls, vorausgesetzt dass ein Einblick ins Seelenleben gelingt (was im Ganzen und Grossen möglich ist), verändert sich die Sensibilität. Oft kehrt sie — wie es bei Bertha der Fall ist — vollständig wieder. Nach dem Anfall gelangen viele Kranke — wie z. B. Margarethe, in ihren gewöhnlichen Zustand zurück. Andere zeigen wieder während einiger Zeit, ausgedehntere Anästhesie, als vorher. Bertha, gewöhnlich links hemianästhetisch mit beiderseitiger Gesichtsfeldeinschränkung auf 5^0, ist nach dem Anfall vollständig empfindungslos und manchmal auch für einige Stunden blind.

2. Während des natürlichen, nächtlichen Schlafes verschwindet oft die Anästhesie gegen Berührung. Begreiflicher Weise lässt sich dieses Verhalten nur schwer feststellen; man muss zu diesem Zweck die Kranken unter vorsichtigster Vermeidung des Aufweckens, bei Nacht überraschen und sie an den anästhetischen Stellen kneifen; dabei findet man, dass sie stöhnen, sich herumwerfen, im Traum murren oder jäh aufwachen, ganz so wie normale Personen. *Jules Janet* hat als Interne bei Dr. Dumontpallier dieses Verhalten bei zwei Kranken wiederholt feststellen können und mir die Beobachtungen mitgetheilt.

Ich habe ebenfalls dies Verhalten bei mehreren Personen, besonders bei Bertha und Isabella, feststellen lassen. Mein Freund, Herr Dutil, hatte die Güte, dies für mich auch bei einer linksseitig anästhetischen Hysterica G. durchzuführen. Während des Schlummers in die linke Seite gekniffen, stöhnte sie und sprach laut im Traume: „Du kneifst mich . . . . das ist doch dumm . . . .“

3. Während bestimmter Vergiftungszustände, die vorübergehende Erregungs- oder Schlummerzustände zu erzeugen im Stande sind, verschwindet die Empfindungslähmung mehr oder weniger vollständig. Vel., die vollkommen anästhetisch ist, erhält das Gefühlsvermögen wieder, wenn sie berauscht ist. Die Trunkenheit ruft bei dieser Kranken noch andere Erscheinungen hervor, über die wir später sprechen wollen. Im Chloroformschlafe — während des Erregungsstadiums — verschwinden oft die Stigmata, wie dies von *Jules Janet* gezeigt wurde.[1]) *Ball* bemerkt, dass zu den auffallendsten Folgezuständen der Morphiuminjectionen, die Wiederkehr der Hautsensibilität bei anästhetischen Kranken gehört. Eine Hysterische, die täglich

[1]) *Jules Janet:* „Bulletin médical“, 1889.

8 Centigramm Morphium erhielt, sah ihre Schmerzen schwinden und das Gefühlsvermögen wiederkehren. Durch Abstinenz kam es zur Wiederkehr aller hysterischen Krankheitszeichen.[1]) *Jules Voisin* hat das gleiche Verhalten beschrieben.[2]) Ich habe bei morphiumsüchtigen Hysterischen, einige Zeit nach der Injection zwar nicht vollständiges Schwinden, wohl aber Verminderung der Anästhesie und Erweiterung des Gesichtsfeldes gesehen. Auch viele andere Erregungszustände dürften analoge Wirkungen nach sich ziehen.

4. Die zahlreichen Veränderungen der Sensibilität während des Zustandes des künstlich erzeugten Somnambulismus, sind es, die den Hauptgegenstand meiner früheren Arbeiten bildeten. Ich will hier nur die augenfälligsten davon anführen, während ich mir die Untersuchung der feineren Veränderungen für später vorbehalte. Gewisse Kranke, allerdings sind sie sehr selten, erlangen im zweiten (somnambulen) Zustand plötzlich und vollständig das Gefühlsvermögen wieder. Diese Thatsache ist schon in den alten Berichten der Magnetiseure angeführt. Besonders klar liegt sie zu Tage in der bemerkenswerten Beobachtung einer Kranken, Namens Estella, welche die Grundlage der Arbeit des *Dr. Despine* (von Aix) bildet. Diese Kranke war an beiden Beinen gelähmt und anästhetisch, ausserdem zeigte sie zahlreiche hyperästhetische Stellen am Stamm. In einem Briefe Despines findet sich folgende Stelle:[3]) „Theilen Sie unserem Freund, dem Herrn Doctor de Castella mit, dass die Sensibilität während der Krise (im somnambulen Zustand) überall sich ganz so verhält, wie zur Zeit der Gesundheit und dass nach den Krisen die Lähmung und die Ueberempfindlichkeit von Brust und Rücken wieder erscheinen.“ Ich habe die gleichen Thatsachen wiederholt im Beginn meiner Untersuchungen beobachtet, bevor ich noch die interessanten Mittheilungen der Magnetiseure gelesen habe. Man kann unter mehreren Kranken Bertha und Isabella anführen, von denen letztere linksseitige Anästhesie, enorme Gesichtsfeldeinschränkung und einseitige Blindheit zeigt. Von dem Momente an, wo sie im Zustand des künstlich erzeugten Somnambulismus sind, fühlen sie auf beiden Seiten alle Berührungen und haben ein Gesichtsfeld von 90°.

Manchmal findet sich bei den Kranken während des somnambulen Zustandes eine anscheinend allgemeine Anästhesie. Aber der geringste Reiz, der geeignet ist die Aufmerksamkeit auf die Berührungs-

---

[1]) *Ball:* „Die Morphiumsucht“, 1885, 20 . . 38.

[2]) *Jules Voisin:* Mittheilung an die „Société méd. des hôp.“, Mai 1890.

[3]) *Despine* (d'Aix) „Die Anwendung des Magnetismus bei Erkrankungen des Nervensystems“, 1840, 195.

empfindung zu lenken, genügt, um die Anästhesie sum Schwinden zu bringen,[1]) selbst an Stellen, die im Wachzustand trotz aller Suggestionen anästhetisch geblieben waren. So verhielt es sich auch in dem Fall der Kranken, namens Fernande, welchen ich der Freundlichkeit des Herrn P. Carpentier verdanke.

Meistens vollzieht sich diese Wiederherstellung des Empfindungsvermögens nur langsam und tritt erst klar zu Tage, wenn es gelingt, den Zustand entsprechend in die Länge zu ziehen. Marie z. B. gewinnt zusehends an Empfindungsvermögen und Ausdehnung des Gesichtsfeldes, wenn man sie in lang dauernder Hypnose belässt, doch gelangt sie dabei niemals zu einem normalen Gesichtsfeld.

Andere Kranke zeigen ein weniger einfaches Verhalten im somnambulen Zustand, worauf später näher eingegangen werden soll. Sie gelangen durch eine Reihe von Zuständen, während welcher Empfindungs- und Erinnerungsvermögen mannigfache Wandlungen durchmachen. Es ist oft nur ein einziger von diesen Zuständen, oft ein solcher der erst zum Schluss auftritt, in welchem die Kranken ihr gesammtes Empfindungsvermögen wiedererlangen. Ich habe diesen Zustand wiederholt beschrieben, besonders bei einer Kranken, namens Lucie.[2]) *Jules Janet* hatte dasselbe Verhalten bei einer bekannten Hysterica, namens Wittm. . .[3]) beschrieben. Nach diesen Zuständen, die ich als completen Somnambulismus bezeichnet habe, bewahrt die Kranke — wie z. B. Maria — für einige Zeit ein ausgedehnteres Empfindungsvermögen oder, was viel häufiger der Fall ist, die Kranke verfällt in ihren gewöhnlichen anästhetischen Zustand.

5. Die Sensibilität kann sich während des Wachzustandes verändern, ohne dass sich der Allgemeinzustand des Kranken wesentlich verändert. *Briquet* hat nachdrücklich auf den Einfluss der Elektricität auf die Wiederherstellung der Sensibilität hingewiesen;[4]) bei gewissen Kranken, z. B. Rosa und Célestine musste man thatsächlich zu diesem Hilfsmittel greifen, da kein anderes zum gewünschten Erfolg führte. *Burcq* und viele Beobachter nach ihm haben gezeigt, dass der Magnet und je nach dem Kranken verschiedene Metallplatten und noch viele andere Hilfsmittel eine gleichartige Wirkung erzeugen. Das durch solche

---

[1]) General *Noizet:* „Denkschriften über den Somnambulismus", 1854, 107.

[2]) Anästhesie und Dissociation. „Revue philosophique" 1887, I., 467. Die unbewussten Handlungen und das Gedächtnis während des somnambulen Zustandes. Revue philos. 1888, I., 269. Autom psych., 1889, 105.

[3]) *Jules Janet:* Hysterie und Somnambulismus nach der Lehre vom Doppel-Ich. Revue scientifique, 1888. I., 616.

[4]) *Briquet:* Op. cit. 684. *Pitres:* Op. cit. I., 144, 151.

Hilfsmittel zurückgeführte Empfindungsvermögen dauert kürzere oder längere Zeit an und nimmt — gleichsam in Wellenform — ab.

6. Die Macht der Suggestion, die auf Hysterische im allgemeinen einen grossen Einfluss ausübt, kann die augenblickliche Wiederherstellung der Sensibilität herbeiführen, und z. B. den linken Arm der Patientin Marie vollkommen empfindungsfähig machen und ihr Gesichtsfeld vergrössern. Man muss aber wissen, dass diese Erscheinung keineswegs allgemein ist und dass bei vielen Kranken die Sensibilität und das Gesichtsfeld[1]) unter dem Einfluss der Suggestion sich nur wenig ändern, hingegen in vielen Fällen gewisse Reizzustände, wie die Trunkenheit, oder gewisse seelische Aenderungen, wie der Somnambulismus, einen mächtigen Einfluss ausüben. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Suggestion oder andere Erscheinungen psychologischer Art, bei den im vorhergehenden Abschnitt erwähnten Thatsachen eine Rolle spielen. Das Empfindungsvermögen ändert sich leicht bei Anlegung von Eisenplättchen, aber nur dann, wenn ich selbst sie anlege. Wenn ich ihr die Plättchen gebe, damit sie selbst sich ihrer bedient, verlieren sie gänzlich ihre Wirkung. Ich würde trotzdem nicht behaupten wollen, dass all diese Dinge, besonders die Wirkung des elektrischen Stromes, blosse Suggestionswirkungen sind. Zum Schluss sei noch erwähnt, dass die Suggestionen auf verschiedenen Wegen erzeugt werden können, worüber später gesprochen werden soll.

7. Es gibt noch viele psychologische Erscheinungen, welche die Anästhesie hervorrufen, verändern oder zum Schwinden bringen können. So können z. B. lebhafte Erregungen, vorgefasste Ideen und träumerische Gemüthszustände die Anästhesie steigern. Durch Ideenverknüpfung kann sie in gewissen Fällen geändert werden; so sage ich z. B. zu Marie, dass sie eine Raupe auf der linken Hand hat; sie schreit darüber auf und behauptet das Krabbeln zu spüren; in diesem Augenblick ist ihr linker Arm vollständig empfindungsfähig geworden.[2]) Es gibt aber eine psychologische Erscheinung, die eine viel wichtigere Rolle spielt, als alle andern und deren Studium die ganze Frage aufklärt — nämlich die Aufmerksamkeit.

Um dies bestätigen zu können, muss man sich vor Augen halten, dass die Aufmerksamkeit der Hysterischen, wie wir zeigen werden, schwer festzuhalten ist, und dass viele von ihnen sie überhaupt nicht auf einen bestimmten Punkt lenken können. Gewöhnlich gelingt es für

---

[1]) Dieses Verhalten wurde sehr oft von den Magnetiseuren mitgetheilt; ferner Neurhypnologie von *Braid*, übersetzt 1883, 175 und das Buch von Prof. *Bernheim*.

[2]) Autom. psych. 312.

kurze Zeit, durch ein beliebiges Verfahren ihre Aufmerksamkeit auf die anästhetische Hand zu lenken. Ein Kranker von *Raymond*,[1]) fühlt z. B. bei geschlossenen Augen den elektrischen Strom nicht, er empfindet aber sofort ein Kriebeln, wenn er die Vorrichtungen sieht. Ich bringe auf die linke Hand von Bertha eine rothe Siegelmarke, sie erstaunt darüber und betrachtet nachdenklich ihre Hand. Lassen wir sie nun einen Augenblick und kneifen ganz leise, nachdem sie den Kopf gewendet hat, die soeben noch ganz unempfindliche Hand, so schreit sie auf und empfindet Alles vollkommen. Es ist richtig, dass dieses vortreffliche Empfindungsvermögen nicht von langer Dauer ist, denn einige Minuten nach Entfernung der Siegelmarke, wird sie wieder gänzlich unempfindlich.

Alle diese Erscheinungen, besonders letztere, bilden den Ausgangspunkt grosser Schwierigkeiten, denn sie verwirren den zu untersuchenden Gegenstand (die Sensibilität). Sie steigern, fixiren oder unterdrücken die Anästhesie; sie geben ihr ein äusserst wechselndes Aussehen und verwirren dadurch den Beobachter.

Das widerspruchsvolle Wesen der Anästhesien. — Man möchte wohl die Frage stellen, ob die Anästhesie, so lange sie besteht, sich in klarer und sicherer Weise darstellt, wie immer auch die Art der Krankenuntersuchung sein möge. Man muss darauf erwiedern, dass dies keineswegs der Fall ist und unsere Aufgabe wird es sein, eine zweite Beobachtungsreihe zu bringen, welche die Frage der Anästhesie noch verwickelter gestaltet und sie uns nicht nur als veränderlich, sondern auch als widerspruchsvoll zeigt.

Lasègue hatte es bereits im Jahre 1864 ausgesprochen, dass die hysterische Empfindungslähmung ein fremdartiges Bild darbietet und mehr eine Seelenstimmung, eine Art geistiger Verwirrung zu sein scheint. Die Untersuchungen, welche zunächst zur Stütze dieser theoretisch gewonnenen Anschauung dienten, bezogen sich zunächst auf einen ganz bestimmten Punkt, auf die einseitige Amaurose. Es gibt Kranke, die das Sehvermögen eines Auges ganz eingebüsst zu haben scheinen. Sie behaupten z. B. sich in völliger Dunkelheit zu befinden, wenn man ihnen ihr rechtes Auge schliesst und das linke offen lässt. Indessen findet man an diesem Auge weder eine Erkrankung der brechenden Medien, noch der Netzhaut und kann das vollkommene Erhaltensein der Pupillarreflexe feststellen. War man nicht berechtigt, dieses Symptom streng zu untersuchen? Die Militärärzte bei den Truppen, die in der Kunst der Entlarvung erheuchelter

[1]) *F. Raymond:* „Ueber Haut- und Muskelanästhesie". Rev. de méd. 1891, 389.

Krankheitszustände gewiss geübt sind, haben bei amaurotischen Hysterischen die Proceduren angewendet, deren sie sich bei den Assentirungscommisionen bedienen. Eines dieser Verfahren besteht darin, dass man den Untersuchten in das Kästchen von Flees hineinsehen lässt. Es ist dies eine kleine, sehr geistreiche Vorrichtung. Dank einer Spiegelvorrichtung sieht derjenige, der mit beiden Augen in das Kästchen hineinschaut, zu seiner Rechten einen Gegenstand, z. B. eine rothe Siegelmarke, die er in Wirklichkeit nur mit dem linken Auge ausnehmen kann und zu seiner Linken eine weisse Siegelmarke, die nur mit dem rechten Auge gesehen wird. Ein Simulant, der das Geheimnis des Apparates nicht kennt, und behauptet, auf dem linken Auge blind zu sein, wird sagen, dass er den auf der linken Seite vorhandenen Punkt nicht sieht. Er wird das Bild des rechten Punktes unterdrücken und nur vom rothen Punkt, den er auf der rechten Seite sieht, sprechen; und gerade dieser rechts gelegene Punkt ist es, der — wie oben erwähnt — nur mit dem linken Auge gesehen werden kann. Zeigen wir nun dieses Kästchen einer linksseitig amaurotischen Hysterica, so wird sie in den Irrthum des Simulanten verfallen, wie z. B. Isabella, oder in naiver Weise erklären, dass sie beide Punkte sieht, wie die von *Pitres* beobachtete Kranke.[1])

Ein wenig später — um die historische Reihenfolge festzuhalten — haben *Charcot* und *Regnard* eine neue Beobachtungsreihe über ein nahestehendes Problem — die ein- und doppelseitige Farbensinnsstörung — gebracht. Eine Kranke, konnte nur Roth wahrnehmen und war grünblind. Liess man nun eine Newton'sche Scheibe, auf der rothe und grüne Sectoren in entsprechendem Verhältnis vertheilt waren, in rasche Drehbewegung gerathen, so sah die Kranke eine weissgraue Farbe, gleich als ob sämmtliche Farben in ihrer Wirkung vereint wären. —

Die Gegenprobe geschieht durch Anwendung einer thatsächlich aus Weiss uud Roth bestehenden Scheibe, die man an die Seite der roth-grünen vor die Kranke stellt. Diese hält — wenn sie an Achromatopsie leidet — zunächst beide Scheiben für gleich. Von dem Augenblick an, wo die weiss-rothe Scheibe in Bewegung ist, bezeichnet die Kranke sie als blass-roth, wie es der Wahrheit entspricht, während die roth-grüne ihr als grau erscheint, was gleichfalls richtig ist. Die Kranke, welche keinen Unterschied zwischen den in Ruhe befindlichen Scheiben machte, und eben dann sich irrte, nimmt alles richtig wahr, sobald sich die Scheiben bewegen. Die Kranke hat also den Licht-

[1]) *Pitres:* Op. cit. I., 102.

eindruck aus einer Farbe, die sie wahrnimmt, und einer Farbe, die sie nicht wahrnimmt, zusammengesetzt.

In derselben Sitzung der biologischen Gesellschaft, in der diese wichtigen Beobachtungen mitgetheilt wurden, stellte Paul Bert die Frage, ob die anscheinend fehlenden Farbenempfindungen dennoch Nachbilder zu erzeugen im Stande wären und die Möglichkeit des Auftretens der simultanen oder successiven Contrastbilder bieten. Die Thatsache wurde seitdem oft bestätigt und Regnard selbst hat nachfolgendes Experiment beigebracht. Wenn man eine rothblinde Hysterische auffordert durch längere Zeit ein rothes Viereck auf weissem Grunde zu fixieren, so erklärt sie, nur ein graues Viereck zu sehen; nichtsdestoweniger tritt bei ihr nach einer gewissen Zeit ein grünes Viereck als Nachbild auf. *Regnard* sagt, dass man logischerweise annehmen muss, dass die Netzhaut bei der hysterischen Farbenblindheit gesund ist und die physiologische Störung — weiter entfernt — im Apperceptionscentrum zu suchen ist. Gelangt die Empfindung der Schwingungen des Grün in dieses Centrum, so wird sie zwar nicht erfasst, übt aber doch eine Wirkung aus. Als Beweis dafür dient, dass sie mit den Schwingungen des Roth vereint auftretend, als Weiss erkannt wird und auch ein grünes Nachbild erzeugt. *Charcot* erklärte ebenfalls, dass nach seiner Ansicht eine derartige Achromatopsie rein cerebralen Ursprunges ist.[1])

Wir kommen nun zu den zahlreichen und genauen Experimenten *Parinauds* über einseitige Blindheit.[2]) Nachfolgendes möge als Beispiel dienen: „Nehmen wir — sagt *Parinaud* — eine hemianästhetische Kranke mit einseitiger Farbenblindheit an. Ein grünes Papier wird vom linken amblyopischen Auge grau, vom rechten gesunden Auge grün gesehen. Bringt man nun vor das gesunde Auge ein Prisma, das vom Papier zwei Bilder gibt, so findet man, dass beide Bilder grün gesehen werden und nicht wie man erwarten musste, das eine grün, das andere grau.“ In andern Fällen, sieht das linksseitig blinde Individuum, wenn man das Prisma vor das erkrankte Auge setzt, zwei farbige Bilder. Aus diesen und ähnlichen Experimenten schloss Parinaud, dass es zwei verschiedene Mechanismen, einen für das einfache Sehen, den zweiten für das bilaterale Sehen gibt und bei der Hysterie nur ersteres gestört ist, während letzteres unversehrt erhalten ist.

---

[1]) Sitzungsberichte der biologischen Gesellschaft 26. Juni 1878. p. 32.

[2]) Cf. Thèse d'agrégation v. *Grenier:* „Ueber die Localisation bei nervösen Erkrankungen“, 1886. *M. Parinaud:* „Netzhautanästhesie“. Bulletin de l'académie royale de Belgique 1886 und „Ueber einer seltene Form hysterotraumatischer Amblyopie“. Bulletin médical 1889, p. 777.

Pitres,[1]) der diese Experimente in interessanter Weise wiederholt und abgeändert hat, gelangt zu eben demselben Schluss, der uns zwar richtig, aber etwas unvollständig erscheint, und auch *Bernheim*, der im Jahre 1887 die Experimente *Parinauds* wiederholte, hat das gleiche Resultat erhalten, doch legt er es sich in anderer Weise zurecht und macht daraus eine in das Gebiet der Suggestion gehörige Erscheinung. „Der Hysterische neutralisirt — nach *Bernheim*[2]) — unbewusst den erfassten Gesichtseindruck mit seinem Imaginationsvermögen.“ Wie man es in diesem ganzen Werk, besonders aber im letzten Capitel sehen wird, scheinen uns die Stigmata nicht Hemmungsphänomene zu sein, sondern vielmehr die Bedeutung von Erschöpfungsphänomenen zu besitzen. Halten wir uns vorläufig das Eine vor Augen, dass durch die neuen Untersuchungen die Meinung *Regnards* und die noch ältere Ansicht *Lasègues* über die psychische resp. corticale Natur dieser Erscheinungen[3]) bestätigt wird.

Sowie die halbseitige Blindheit eine Reihe verwickelter Fragen darbietet, ebenso verhalten sich auch alle andern Arten der Anästhesie. Es sind bereits einige Jahre verstrichen, seit ich die nachfolgende Beobachtung an einer Kranken der Abtheilung des Dr. Powilewicz in Havre machte. Diese Kranke litt an hysterischer Paraplegie und vollständiger Anästhesie. Ich elektrisirte ihr die Beine und bemerkte dabei kräftige Muskelcontraction bei Berührung mit der negativen Elektrode, als ich plötzlich wahrnahm, dass die beiden Drähte, welche Apparat und Elektrodenknöpfe verbanden, zu Boden gefallen waren. Möglicherweise elektrisirte ich seit geraumer Zeit mit den Holzgriffen allein. Ich setzte nun die Procedur fort, ohne die Drähte einzuschalten und die Muskelzuckungen vollzogen sich in schönster Weise bei blosser Berührung mit den Elektrodenknöpfen. Man wird sagen, dass daran nichts Wunderbares ist, dass es sich um Angewöhnung, um Suggestion handelt, die hier im Spiele ist. Das ist auch meine Ansicht, aber ich frage, wieso diese Kranke, die vollkommen anästhetisch war und den Kopf weggewendet hatte, den Moment fühlen konnte, wo der Elektrodengriff die Beine berührte, um in eben diesem Momente eine Bewegung hervorzurufen. Jeden Moment kann dem Beobachter etwas Aehnliches vorkommen. Ich schlage z. B. Isabella eine einfache Verabredung vor, um rasch ihre Anästhesie bestimmen zu können; sie muss mir nämlich „ja“ sagen, wenn sie etwas spürt, und „nein“, wenn

---

[1]) *Pitres:* Op. cit. I., 103.
[2]) *Bernheim:* „Revue de l'hypnotisme“ 1887, 68.
[3]) Vgl. meine Beobachtung, Revue philosophique 1887. I., 460.

sie nichts spürt. Da sie ziemlich einfältig ist, geht sie ohne weiteres darauf ein, und nun ergibt sich ein merkwürdiger Widerspruch; obgleich nämlich ihre Augen sorgfältig durch einen Lichtschirm verdeckt sind, obgleich ich auch jede Regel vermeide und planlos mehreremale hintereinander dieselbe Seite kneife, bevor ich zur andern übergehe, irrt sie sich doch nie und sagt immer „ja“, wenn ich sie rechts kneife, und „nein“, wenn ich sie links kneife. Dasselbe Verfahren bei einem Kranken, namens Pasq... angewendet, gibt das gleiche Resultat so lange, bis er das Seltsame seiner Antworten merkt und nun mit Aufmerksamkeit zu antworten versucht. Er hört dann, aber nur dann auf „nein“ zu sagen, wenn man seine empfindungslose Seite kneift.

Hier sei noch eine Beobachtung angereiht, die sich nicht auf die Berührungsempfindung, sondern auf den Muskelsinn bezieht. Eine junge Frau von 22 Jahren, die ich schon unter dem Namen Lucie erwähnt habe, nimmt während ihrer Anfälle gewisse kataleptische Stellungen ein. Während etwa einer Stunde blieb sie mit geöffneten, auf das Fenster gerichteten Augen stehen und hielt die Arme empor, gleichsam vom Schreck erstarrt. Vorläufig sei noch auf ein Detail in den Anfällen hingewiesen. Ich bemerke nämlich, dass es genügte, während des normalen Wachzustandes ihre beiden Arme zu erheben und in die Stellung des Schreckens zu bringen, wie während der kataleptischen Krise, um prompt einen Anfall auszulösen. Man wird nun einwenden, dass die Sache sehr einfach ist, indem durch die Wahrnehmung der Lage der Arme, die Hauptidee des Anfalls wachgerufen wird und dann das Weitere sich von selbst abspielt. Es ist dies ganz richtig; doch darf dabei an Eines nicht vergessen werden: Lucie war am ganzen Körper anästhetisch und besass nicht eine Spur von Muskelsinn. Sie stürzte, wie es in solchen Fällen eben häufig vorkommt, jäh zu Boden, sobald man ihr die Augen schloss. Ich habe deswegen auch oft die Vorsichtsmassregel ergriffen, ihr die Augen zu schliessen, bevor die Stellung der Arme geändert wurde, nichtsdestoweniger begann der Anfall in dem Augenblick, als die Arme in entsprechende Lage gebracht wurden. Wie kam es nun zustande, dass die Wahrnehmung der Stellung von einer derart der Empfindung beraubten Person erfasst wurde?

Das vorerwähnte Verfahren, welches den hysterischen Anfall auf dem Wege von Empfindungen hervorruft, die anscheinend aus dem Vorstellungsleben des Individuums entfallen sind, hat mich darauf geführt, dieselben Schwierigkeiten bei einem andern wichtigen Symptom — der Gesichtsfeldeinschränkung aufzufinden. Georges, ein sechzehn-

jähriger Knabe, hatte seinen ersten hysterischen Anfall nach einem heftigen Schreck, anlässlich einer Feuersbrunst. Dieses Vorkommnis reproducirte er in jedem Anfall; er schrie „Feuer“, rief die Feuerwehr, und wälzte sich in den Flammen. Es genügte nun, wenn er sich ganz ruhig verhielt, ihm von einem Brand zu sprechen oder eine kleine Flamme zu zeigen, um sofort einen neuerlichen Anfall hervorzurufen. Ich brachte ihn nun einmal vor das Perimeter, als ob ich sein Gesichtsfeld messen wollte, liess ihn das rechte Auge schliessen und mit dem linken den Mittelpunkt fixiren. Er erwartete nun, dass sich auf dem geschwärzten Kreisbogen des Perimeters ein Stück Papier bewegen werde, wie er es schon öfters gesehen hatte. Ich hielt aber hinter

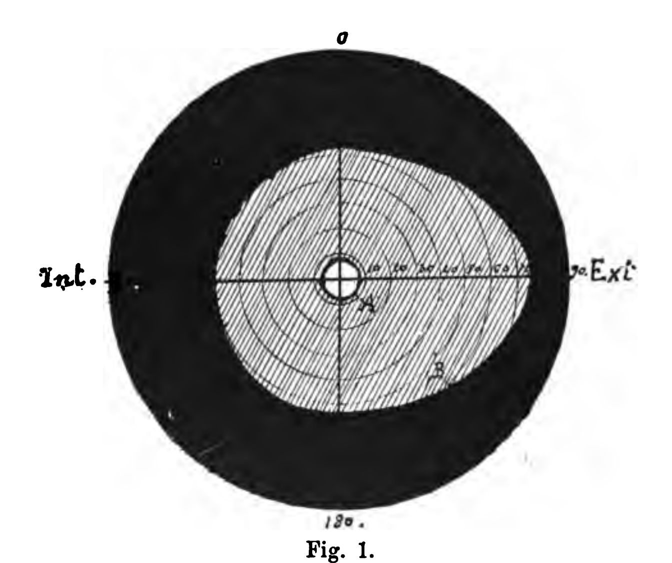


Fig. 1.

Gesichtsfeld Berthas: linkes Auge. A, Grenze des bewussten Gesichtsfeldes, innerhalb dessen die Kranke den Gesichtseindruck des Zeigefingers erfasst. B, Grenze des unterhalb der Bewusstseinschwelle liegenden Gesichtsfeldes, in dessen Gebiet der Finger bewegt werden muss, um die Kranke einzuschläfern.

seinem Rücken sorgfältig ein brennendes Zündhölzchen verborgen und näherte mich langsam von der Peripherie des Apparates aus. Als das Zündhölzchen aber 80° erreichte, schrie der Kranke mit gewaltiger Stimme „Feuer!“ und stürzte in Krämpfen zusammen. Daran ist an und für sich nichts Erstaunliches, da, wie ich erwähnte, der Anblick einer Flamme den Anfall hervorrief. Aber die Sache wird dadurch schwerer verständlich, dass der Kranke, wie wiederholte Messungen ergaben, links ein Gesichtsfeld von 30—35° hatte und das Zündhölzchen, das auf 80° sich befand, im dunklen Theil des Gesichtsfeldes lag und auf eine unempfindliche Gegend der Netzhaut projicirt

wurde. Dasselbe Experiment lässt sich mit geringfügigen Aenderungen auch bei Bertha anstellen, die beiderseits ein Gesichtsfeld von 5° hat. Ich habe sie daran gewöhnt einzuschlafen, wenn sie auf meinen erhobenen Finger blickt; also eine bekannte Form der Suggestion durch ein bestimmtes Zeichen. Ich bringe sie nun vors Perimeter, das rechte Auge geschlossen, das linke auf den Mittelpunkt gerichtet; nun schiebe ich langsam meinen Finger auf dem Kreisbogen vor und kaum, dass er noch 80° erreicht hat, ist Bertha bereits hypnotisirt zurückgesunken.[1])

Die vorerwähnten Experimente wurden in geistreicher Weise von *Laurent* in Bordeaux wiederholt. Josefine S..., ein neunzehnjähriges Mädchen war hysterisch geworden, nachdem eine Maus im Keller ihr lebhafte Angst eingejagt hatte. Seit dieser Zeit reicht der Anblick einer ausgestopften Maus hin, um sie unfehlbar kataleptisch zu machen. Die mit *Sabrazès* gemeinschaftlich durchgeführte Gesichtsfeldaufnahme ergibt 20°. Nun lassen wir die Kranke den Mittelpunkt fixieren, nähern dem Apparat eine ausgestopfte Maus und sehen, dass im Augenblick wo das Thierchen zwischen 50—55° steht, die Kranke in Katalepsie verfällt, obwohl das Object sich ausserhalb der Area der bewussten Gesichtseindrücke befindet[2])

Alle diese Thatsachen und noch viele andere, die man sammeln könnte, sind geeignet, den Beobachter zu verwirren. Sie zeigen uns, dass die hysterische Anästhesie nicht nur von einem Augenblick zum andern sich ändert, sondern auch im selben Moment wechselt und sich in widerspruchsvollen Erscheinungen äussert, je nach dem Vorgang der Untersuchung.

§ 3. Versuch einer Erklärung.

Es ist unmöglich, irgend eine Sache völlig aufzuklären, und man muss sich damit zufrieden geben, ein Problem auf ein anderes, allgemeineres, zurückzuführen. Ich habe nie den Anspruch erhoben, die hysterische Anästhesie vollständig aufzuklären und ich kann auch nicht einmal in diesem Capitel die Beziehungen der Anästhesie zur Suggestion und den fixen Ideen auseinandersetzen, da ich diese Verhältnisse und ihre Bedingungen noch nicht dargelegt habe. Ich begnüge mich hier, die gesammelten, anscheinend widersprechenden Thatsachen zu vereinigen und sie in eine Formel zu bringen, die sie zwar nicht erklärt,

---

[1]) Archives de Neurologie. Mai 1892.

[2]) *L. Laurent:* „Der Geisteszustand der Hysterischen nach den gegenwärtigen psychologischen Anschauungen". Archives cliniques de Bordeaux. Sept. 1892.

aber doch wenigstens in sich fasst, und verschiebe die Wiederaufnahme der Frage und deren Auseinandersetzung auf einen Moment, in dem es mir möglich sein wird, noch andere Thatsachen herbeizuziehen. Gegenwärtig wollen wir uns mit der Aufsuchung jener Formel begnügen.

Eine Auslegung der Thatsachen, die sich zunächst aufdrängt, muss gleich bei Seite gelegt werden. Die hysterische Anästhesie ist sehr veränderlich und widerspruchsvoll; die Kranken behaupten, Nichts zu fühlen, und durch einfache Kunstgriffe gelingt es, ihnen zu beweisen, dass sie doch fühlen. Ihre Anästhesie wäre demnach simulirt und unser Vorgehen nur ein Mittel, die Betrüger zu überlisten und ihre Winkelzüge zu entlarven. Dieser Gesichtspunkt, ist meiner Ansicht nach, ganz oberflächlich und ungenügend. Haben denn die Hysterischen wirklich ein Interesse daran, die Anästhesie zu simuliren, um des blossen Vergnügens willen, dass man ihnen den Arm mit Nadeln durchsticht. Gelangen denn diese jungen Mädchen vor die Assentcommission, um einseitige Blindheit simuliren zu müssen? Sollten sich etwa in allen civilisirten Ländern, vom Mittelalter bis zur Gegenwart, die Hysterischen verabredet haben, dieselbe Sache zu simulieren? Würden sie als wirkliche Simulanten sich in so groben Fallstricken, wie wir sie anwenden, fangen lassen? Oder kommen sie etwa zu uns, um sich ihrer Anästhesie zu rühmen? Alle Autoren stimmen darin überein, dass die Kranken von diesem Zustand gar nichts wissen. Wir selbst sind es, die ihn enthüllen, und sie könnten zu uns sagen: „Wenn Euch unsere Anästhesie nicht recht ist, so sprecht nichts darüber, denn nicht wir sind es, die darauf aufmerksam gemacht haben und wir legen auch kein Gewicht darauf, um jeden Preis als anästhetisch zu gelten".

Wir müssen nun diese allzu primitiven Erklärungsversuche verlassen und indem wir die Anästhesie als psychologische Thatsache betrachten, unter den geringfügigen Kenntnissen welche die Psychologie uns liefert, jene heraussuchen, in deren Rahmen sich diese Dinge am besten unterbringen lassen. Es ist mir sehr angenehm, die Ansicht, die ich schon sein Jahren vertrete, durch die Autorität von *Lasègue* decken zu können: Die hysterische Anästhesie ist eine bestimmte Form des „Zerstreutseins". *Lasègue* sagte bereits im Jahre 1864: „Ein Mensch, der sich intensiv mit irgend etwas beschäftigt, übersieht Eindrücke, die für ihn unter andern Verhältnissen unerträglich wären. Es ist möglich, dass die Hysterischen, deren Psyche nach so vielen Richtungen Wunderlichkeit zeigt, eben durch diese Krankheit in eine geistige Trägheit verfallen, die sie für die Erfassung gewisser

psychischer Vorgänge wenig geeignet macht.[1]) Die Zerstreutheit ruft thatsächlich beim gesunden Menschen Erscheinungen hervor, die denen der hysterischen Anästhesie gleichwertig sind. Sie hindert uns daran, den Hut am Kopf und den Schirm in der Hand, zu fühlen. Im hochentwickelten Zustand ist sie die Ursache, dass der Soldat in der Hitze des Gefechtes den Schmerz der Wunde nicht fühlt. Die auf diese Weise entstandene Unempfindlichkeit ist ebenfalls veränderlich und widerspruchsvoll, denn sie verschwindet in dem Augenblick, in dem wir unserer Aufmerksamkeit eine andere Richtung geben und lässt neben sich zweckentsprechende und bewusste Bewegungen fortbestehen; so hält der Zerstreute den Schirm fest in der Hand und lässt ihn nicht fallen, obgleich er ihn überall sucht. Nun ist aber die Zerstreutheit der Hysterischen eine ausserordentliche, wie wir immer mehr und mehr erkennen werden, und wir sehen, dass unter unsern Augen durch sie momentane Empfindungslosigkeiten entstehen können, die alle Eigenschaften der gewöhnlichen Stigmata innehaben. Gewisse Hysterische, wie z. B. Dec., sind nicht im Stande zwei Empfindungen gleichzeitig in sich aufzunehmen, und so wie sie sich der einen zuwenden, werden sie zerstreut und für die andern unempfänglich. Bertha, welche rechtsseitig empfindet, fühlt hier keine Nadelstiche mehr, wenn sie damit beschäftigt ist, einen vorbeilaufenden Hund zu betrachten oder wenn sie vom Ball der Salpêtrière spricht. Die Hysterischen, welche, wie es oft vorkommt, von fixen Ideen beherrscht sind, werden in den Momenten der „Besessenheit“ noch mehr anästhetisch, als gewöhnlich, und so kann ich es aus der Gesichtsfeldaufnahme erkennen, ob Martha oder Justine ihre fixen Ideen haben. Ich glaube dass in der Formel: „Die hysterische Anästhesie ist ein Zustand des Zerstreutseins“ die erste Annäherung an die Wahrheit liegt, obwohl ich vom Glauben weit entfernt bin, dass dadurch die ganze Frage gelöst wird.

Es ist dies aber nur eine vorläufige Annäherung, bei der man nicht stehen bleiben konnte, ohne in den grossen Irrthum zu verfallen, dass man krankhafte und normale Erscheinungen auf Grund ihrer unvermeidlichen Analogien durch einander wirft. Die Anästhesie ist gewiss keine gewöhnliche Zerstreutheit: sie zeigt vielmehr Deutlichkeit und Dauer, sie verschwindet auch nicht dann, wenn es dem Kranken genehm ist, und tritt, was besonders wichtig ist, auf, ohne dass fixe Ideen oder Gegenstände, welche die Aufmerksamkeit der Kranken ablenken, vorhanden sind. Wir müssen, um diese Umwandlung zu verstehen, das Wesen der Zerstreutheit genauer untersuchen, besonders

---

[1]) *Lasègue:* „Hysterische Anästhesie und Ataxie“, 1864. Études médicales II., 32.

aber das Wesen der Empfindung, soweit eben als die psychologischen Untersuchungen, uns dazu befähigen.

Das Wesen der Empfindung wurde stets sehr unklar definiert. Die meisten Psychologen nehmen in mehr oder weniger ausführlicher Weise eine der Wundt'schen verwandte Definition an, nach welcher die Empfindungen primäre Bewusstseinszustände sind, die man nicht in weitere Elemente zerlegen kann.[1]) Mit einem Worte, die Empfindungen wären demnach in der Psychologie dasselbe, was die Atome in der Chemie sind.

Diese Ansicht scheint nun im Ganzen und Grossen zutreffend zu sein. Aber die meisten Psychologen beeilen sich einen zweiten Satz hinzuzufügen, um den ersten zu ergänzen und schärfer zu gestalten. Sie sagen: Die Empfindung ist dasjenige, was im „Ich" vorgeht, wenn ich sage „Ich fühle", „Ich sehe".[2]) Diese zweite Erklärung, weit entfernt davon, die erste zu beleuchten, scheint uns eher in vollständigem Wiederspruch mit derselben zu stehen. Die Ausdrücke „ich fühle", „ich sehe" sind ganz und gar nicht einer elementaren Erscheinung angepasst, sondern bezeichnen im Gegentheil einen complicierten Vorgang. Das eine der beiden Worte, nämlich „fühlen", „sehen" kann streng genommen auf einen einfachen Vorgang, auf ein psychologisches Atom bezogen werden. Der Physiologe *Herzen*[3]) sagte, dass man das Gehirn mit einem grossen, von unzähligen Gaslampen erfüllten Saal vergleichen könne. Von Zeit zu Zeit entzünden sich bestimmte kleine Lampen von verschiedenen Seiten, und das ist es, was das Wort „fühlen", „sehen" an und für sich bezeichnet. Ganz anders verhält es sich mit den Worten, die den „Ich"-Begriff ausdrücken, es sind dies äusserst zusammengesetzte Ausdrücke. Es ist das die Vorstellung des Persönlichen, d. h. die Vereinigung aller gegenwärtigen Empfindungen, die Erinnerung an alle vergangenen Eindrücke, und die Fähigkeit, die zukünftigen Erscheinungen sich vorzustellen. Es ist dies die Kenntnis des eigenen Körpers, der eigenen Fähigkeiten, der gesellschaftlichen Stellung, der Bedeutung, kurz eine Vereinigung moralischer, politischer und religiöser Ideen. Es ist dies eine Welt von Ideen, vielleicht die be-

---

[1]) *Wundt:* Psychologische Psychologie. Uebers. 1886. I., 305.

[2]) Vgl.: Autom. psych. 39 und ff.

[3]) *Herzen:* „Gehirn und Gehirnthätigkeit", 1887, 216. Dieser merkwürdige Vergleich ist nicht neu. „Das Gehirn gleicht einem Candelaber. — Das Brennen aller Flammen entspricht dem Wachzustande. Das Erloschensein aller Flammen entspricht dem Schlafe, brennt eine einzelne Flamme fort so entspricht dies dem hypnotischen Zustande." Beard. „Boston medic. and surg. Journ.", 1881. 265.)

deutendste, die wir je kennen lernen werden, denn wir sind noch weit von ihrer Durchforschung entfernt.

Es gibt also in dem Ausdruck „ich fühle" zwei Dinge, die darin gegenwärtig sind. Eine kleine neue psychologische Thatsache, eine kleine Lampe, die sich entzündet, das „Fühlen" und eine riesige Menge von bereits geordneten Gedanken, das „Ich". Diese beiden Dinge mischen und combiniren sich und wenn ich sage „ich fühle", so heisst das, dass der mächtige Persönlichkeitsbegriff diese kleine, neue, eben entstandene Empfindung ergriffen und in sich aufgenommen hat. Ich möchte wagen, den nicht ganz widersinnigen Vergleich anzustellen. dass das „Ich" ein äusserst gefrässiges, lebendes Wesen ist, eine Art Amoebe, die einen Fortsatz aussendet, um ein ganz kleines Wesen, die winzige Empfindung, die an ihrer Seite entstanden ist, zu ergreifen und in sich aufzunehmen.

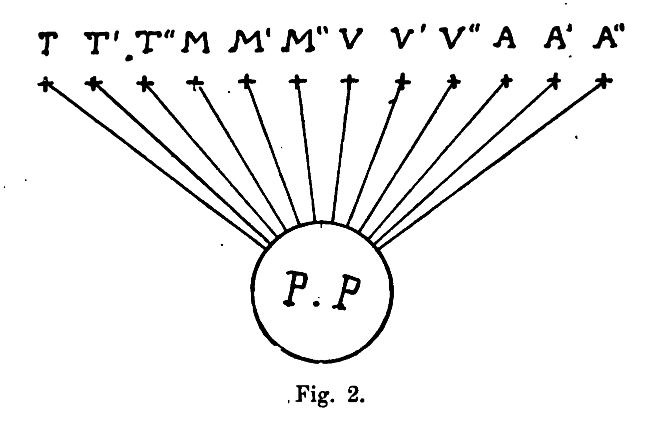


Fig. 2.

Diese Arbeit der Einverleibung und Angliederung wiederholt sich bei jeder Empfindung, die in uns entsteht, und thatsächlich entstehen jeden Augenblick deren eine Menge im Anschluss an die zahllosen Eindrücke, die unsere Sinnesorgane empfangen. Wir können nun das, was man gewöhnlich Sensibilität nennt, als einen zweizeitigen Vorgang vorstellen. Erster Zeitraum: Es vollziehen sich im Geiste, oder wenn man will, in den Ganglienzellen der Hirnrinde zahlreiche psychologische Elementarphänomene als Folgen der unzähligen äusseren Reize. Es sind dies die durch den Tastsinn TT'T", Muskelsinn MM'M", Gesichtssinn VV V", Gehörsinn AA'A" hervorgerufenen Phänomene, die hier als Beispiele angeführt seien. Man kann diese Erscheinungen nach Belieben als Elementarempfindungen, Affectivzustände, nach dem Ausdruck des berühmten französischen Psychologen Maine de-

Biran,[1]) oder einfach als Phänomene „unterhalb der Bewusstseinsschwelle" bezeichnen. Das Einzige, was sie in ihrem Wesen kennzeichnet, ist der Umstand, dass sie einfache, isolirte, ohne Hinzutritt des „Ich"-Begriffes bestehende Vorgänge sind. Zweiter Zeitraum: Es vollzieht sich eine Vereinigung und Zusammensetzung der Elementarphänomene, sie werden untereinander und mit dem weiten vorhandenen „Ich"-Bewusstsein verknüpft. Nach dieser Arbeit, nach dieser Einverleibungsthätigkeit, können wir erst den Satz aussprechen: „Ich fühle". Ich habe bereits vorgeschlagen, diesen neuen Vorgang mit dem Namen „Auffassung durch das Ich" zu bezeichnen, PP: Es ist dies eine Wahrnehmung, d. h. ein zusammengesetzter und deutlich hervortretender Zustand des Bewusstseins. Der Beisatz „durch das Ich" ist geeignet, eine Verwechslung mit der rein äusserlichen Wahrnehmung,

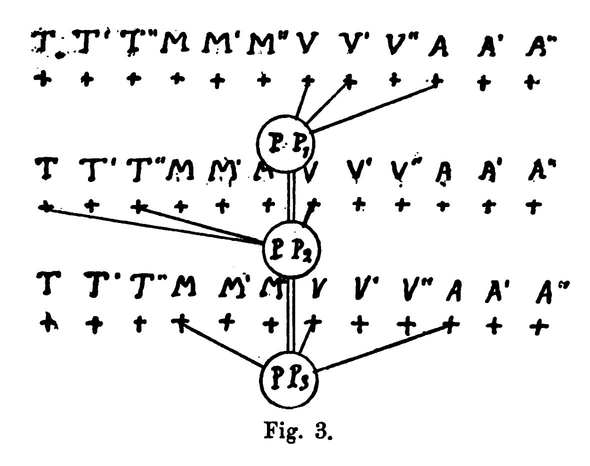


Fig. 3.

über die wir hier nicht zu sprechen haben, zu verhüten und uns vor Augen zu bringen, dass das Wesentliche der Hinzutritt des „Ich"-Bewusstseins ist.

Die Beschreibung und Eintheilung, die wir hier gegeben haben, ist augenscheinlich theoretisch und lässt sich nur bei einem Ideal, nicht aber bei einem wirklichen Menschen anwenden.

Niemand ist in Wirklichkeit im Stande, in jedem Augenblick, in einer einzigen durch das „Ich" vollzogenen Wahrnehmung, die von allen Seiten zuströmenden Elementarempfindungen zu vereinigen. Auch beim höchst entwickelten Menschen gibt es eine Menge von Empfindungen, die bei der ersten Thätigkeit sich entwickeln und bei

---

[1]) *Maine de Biran:* „Abriss der Grundlagen der Psychologie". Oeuvres inédites 1859, II., 11 und 19.

der zweiten verschwinden. Diese Vorgänge wie z. B. T und M in Fig. 3 bleiben unverändert, d. h. Empfindungen unterhalb der Bewusstseinsschwelle, zweifellos vorhanden und einer wichtigen Rolle im Seelenleben des Individuums fähig — doch werden sie nie in „Ich"-Wahrnehmungen verwandelt und bilden nie einen Theil des „Ich"-Bewusstseins. Das Individuum, das „Ich", wird auf Grundlage der Vorgänge V und A die es in sich aufnimmt und erfasst, den Satz aussprechen: „Ich fühle"; nie wird es aber das Vorhandensein von T uud M erfassen und wird daher in Bezug auf diese sagen müssen „Ich habe Nichts gefühlt". Welches ist nun die normale Anzahl der Elementarempfindungen, die ein Mensch in einem „Ich"-Bewusstsein vereinigen kann. Ich kann diese Frage nicht beantworten, da die Zahl gewiss je nach den verschiedenen Verhältnissen wechselt und ich habe vorgeschlagen die Zahl der Vorgänge, die ein Individuum gleichzeitig in sich aufnehmen und in sein „Ich"-Bewusstsein einverleiben kann, als dessen „Bewusstseinsfeld" zu bezeichnen.[1])

Stellen wir uns nun ein Individuum vor, dass in einem gegebenen Augenblick nur drei Elementarempfindungen in sich aufnehmen kann z. B. VV'A und alles übrige unterhalb der Bewusstseinsschwelle lässt. Man würde nun erwarten, dass in dem Bewusstsein desselben eine beträchtliche Lücke besteht. Das ist aber keineswegs der Fall, denn im nächsten Augenblick kann das Individuum mit Leichtigkeit, durch Lenkung der Aufmerksamkeit in eine andere Bahn, die Wahrnehmung der bis dahin vernachlässigten Tastempfindungen und wieder in einem andern Moment, auch die Muskelsinnsempfindungen dem „Ich"-Bewusstsein einverleiben. Der Mensch wird zum Beispiel im ersten Augenblick eine mit ihm sprechende Person sehen und hören, ohne sich um die gleichzeitig reichlich zuströmenden Tastempfindungen zu bekümmern. Im zweiten Moment wird er einen Gegenstand, den er berührt, wahrnehmen und die Tastempfindung in sich aufnehmen, ohne dass die umgebenden Geräusche ihm zum Bewusstsein gelangen. Im dritten Moment wird er nach dem Dictat schreiben und dabei den Klang der Stimmen, das Buchstabenbild und die Muskel-

---

[1]) Ueber die Theorie des Bewusstseinsfeldes Autom. psych. 190. Ueber dessen Einschränkung s. 306. Die Einschränkung des Bewusstseinsfeldes ist von grösster Wichtigkeit. Sie ist nicht nur bei der Anästhesie vorhanden, sondern ist auch ein integrirender Bestandtheil aller anderen hysterischen Symptome. Eine eingehende Erörterung ist hier undurchführbar und muss auf die Besprechung der besonderen Vorgänge verschoben werden. Die Beschreibung der Einschränkung des Bewusstseinsfeldes so wie die Besprechung des Erschöpfungszustandes, auf welchem sie beruht, soll am Ende des zweiten Bandes dieses Werkes durchgeführt werden.

bewegungen wahrnehmen. In einem solchen Fall kann es, Dank der Abwechselung in den Wahrnehmungen nicht zu wirklichen Anästhesien kommen. Wenn man der Reihe nach jeden Sinn untersucht, indem man die Aufmerksamkeit des Untersuchten darauf hinlenkt, so wird man bemerken, dass dieser der Wahrnehmung aller äussern Eindrücke zugänglich ist: Dieses Individuum ist, obwohl bei ihm bereits eine Einschränkung des Bewusstseinsfeldes vorhanden ist, nicht direct anästhetisch, sondern bloss „zerstreut“ und die vorhergehenden Auseinandersetzungen haben es versucht ein Bild dessen, was man gewöhnlich „Zerstreutheit“ nennt, vor Augen zu führen.

Wenn wir nun einen Schritt weiter gehen, gelangen wir zur theoretischen Vorstellung der Anästhesie. Setzen wir voraus, dass

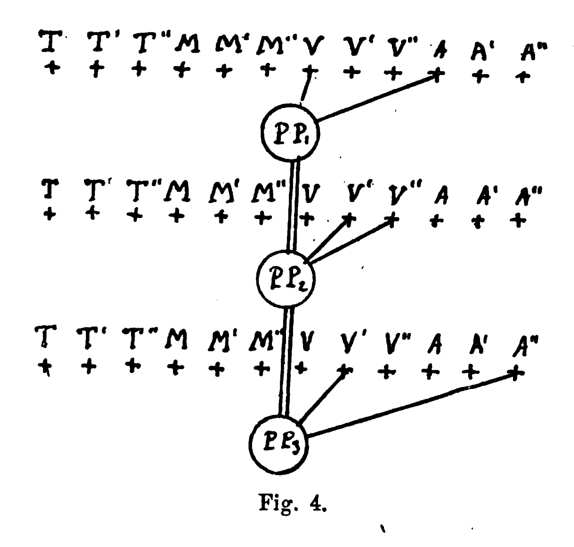


Fig. 4.

das Bewusstseinfeld noch weiter sich einengt. Der Kranke kann infolge dessen, gleichzeitig nur zwei Elementarempfindungen in sich aufnehmen. Nothgedrungen bewahrt er sich diese geringe Aufnahmsfähigkeit für jene Empfindungen auf, die ihm mit Recht oder Unrecht als die wichtigsten erscheinen, nämlich für Gesichts- und Gehörsempfindungen. Er muss infolge dessen das Bewusstsein des Gesehenen und Gehörten empfinden, und er unterlässt es, die Tast- und Muskelsinnsempfindungen, die ihm entbehrlich scheinen, aufzunehmen. Im Beginn, hätte er vielleicht sich noch diesen zuwenden und sie ins Bewusstseinsfeld aufnehmen können — wenigstens für den ersten Augenblick. Da aber die Gelegenheit dazu sich nicht darbietet, so wird diese psychologische „Unart“ langsam angenommen. Nichts ist

dauernder und widerstandsfähiger, als derartige psychische Angewöhnungen und eine Menge von Krankheiten besteht in nichts Anderem, als in psychologischen Tics. Eines Tages nun wird der Kranke — so kann man ihn nun thatsächlich nennen, vom Arzte untersucht, dieser kneift in seinen linken Arm und fragt ihn, ob er es fühlt, und zu seiner eigenen Ueberraschung bemerkt der Patient, dass ihm die bewusste Empfindung mangelt und dass er, wenn ich so sagen darf die allzulang unbeobachtet gelassenen Empfindungen nicht mehr in sein „Ich"-Bewusstsein aufnehmen kann — er ist anästhetisch geworden.

Mit einem Wort, die Zerstreutheit hat sich in Anästhesie verwandelt u. zw. aus zwei Gründen. Erstens, weil durch die Angewöhnung die Beweglichkeit des nach einer Richtung hin concentrirten „Ich"-Bewusstseins erschwert ist und zweitens, weil die Einschränkung des Bewusstseinsfeldes eine derartige ist, dass irgend ein lebhafter und festsitzender Eindruck zu seiner Ausfüllung mehr als genügend ist und das Bewusstseinsfeld auch zu enge ist, um gleichzeitig alle Empfindungen in sich aufzunehmen. Wir sind nun zu einer Formel gelangt, die genauer ist als die vorhergehende: Die Anästhesie ist ein hochentwickelter und dauernder Zustand psychischer Ablenkung (Zerstreutheit) und macht die Befallenen unfähig, gewisse Empfindungen dem „Ich"-Bewusstsein einzuverleiben, — sie ist ihrem Wesen nach eine Einengung des Bewusstseinsfeldes.

§ 4. Experimentelle und klinische Bestätigung.

Die vorhergehende Darlegung der psychologischen Empfindungslähmung der Hysterischen beruht auf zweifacher Erkenntnis: 1. Dass die psychologisch vorhandenen Elementarempfindungen zwar erfasst, aber nicht dem „Ich"-Bewusstsein einverleibt werden. 2. Auf der Auffassung, dass eine gewisse Schwäche und besondere Form der Gleichgiltigkeit vorhanden ist, vermöge welcher das Individuum das Interesse und die Aufmerksamkeit für seine Empfindungen einbüsst. Ich habe in einer andern Arbeit diese Fragen vom psychologischen Standpunkt aus eingehend entwickelt und begnüge mich hier, ihre Anwendung auf die Thatsachen der Beobachtung zu zeigen.

Empfindungen unterhalb der Bewusstseinsschwelle. — Es ist stets mit grossen Schwierigkeiten verbunden, das Vorhandensein irgend eines psychologischen Vorganges im Geiste der untersuchten Person nachzuweisen. Das Bewusstsein ist nach aussen hin nicht sichtbar und die Kenntnis derartiger Thatsachen kann nur auf inductivem Wege nach ihren Aeusserungen und Folgen erschlossen werden.

Das erste und wichtigste Zeichen stattgehabter Empfindungsvorgänge, sind die von ihnen abhängigen äusseren Bewegungen. Die einfachsten Bewegungen dieser Art sind die Reflexvorgänge. Man hat nun gesehen — dabei wollen wir die speciellen von Schmerz und Erregungen abhängigen Reflexe für den Augenblick bei Seite lassen, — dass die von einer deutlichen Empfindung ausgehenden Sinnesreflexe sämmtlich erhalten sind.

Die meisten derartigen Reflexe sind — wie ich glaube mit Unrecht — als rein körperliche Erscheinungen ohne Beziehung auf psychologische Thatsachen betrachtet würden. Man muss nun nach Bewegungen complicirterer Art suchen, die nnr aus dem Vorhandensein einer wirklichen Empfindung abgeleitet werden können. Ich glaube, dass die als kataleptisch bezeichneten Stellungen, die man an anästhetischen Gliedmassen so häufig ausgeprägt findet, als gute Beispiele dienen können. Wenn ich den anästhetischen Arm von Lucie oder Margarethe, ohne dass sie es sehen können, erhebe und sehe, dass dieser Arm die ihm gegebene schwierige Stellung genau festhält, so kann ich mich der Vermuthung nicht entschlagen, dass bei ihnen unbewusst eine genaue Lagevorstellung des Armes vorhanden ist und dass eben diese kinästhetische Wahrnehmung allein im Stande ist, alle für die Erhaltung der Stellung nothwendigen Muskelcontractionen genau zu regeln.[1]) Sehr oft tritt dieser kataleptische Zustand der Gliedmassen nur unter ganz bestimmten Bedingungen auf. Bei Léonie ist wie bei vielen anderen — diese Erscheinung nicht in gleicher Weise von allen Untersuchern hervorzurufen.

Würde eine der Kranken fremde Person die unempfindliche Hand in die Höhe heben, so fiele der Arm schlaff herab. Wenn ich aber dies thäte, ohne dass sich die Kranke durch den Gesichtssinn überzeugen kann, ob ich es bin oder nicht, so würde der Arm doch erhoben bleiben. Es ist dies eine Art Auswahl der unterhalb der Bewusstseinsschwelle befindlichen Bewegungen, die uns noch weiter beschäftigen wird. Es sei hier bemerkt, dass eine Erklärung dieses Verhaltens unmöglich ist, wenn man nicht annimmt, dass allerdings eine sehr feine Tastwahrnehmung vorhanden ist, durch welche die Berührung meiner Hand unterschieden und erkannt wird.[2])

Aber wir können noch weiter gehen: Ich lege z. B. in die anästhetische Hand von Bertha, ohne vorherige Verständigung und

---

[1]) „Ueber Vorhandensein der Empfindung während der cataleptischen Haltungen", cf. Autom. psych. 55 und 224.

[2]) „Anästhesie und Dissociation." Rev. philos. 1887. I., 461. „Unbewusste Handlungen". Rev. phil. 1888. I., 246.

ohne, dass sie es sieht, irgend einen Gegenstand. Die Hand ergreift nun den Gegenstand und hält ihn fest, damit er nicht zu Boden falle. Einzelne Kranke bleiben dabei stehen, aber es ist immerhin schon Etwas. Viele andere aber, wie z. B. Bertha, ändern die Bewegungen der unempfindlichen Hand je nach der Natur der Objecte. Sie hält die Scheere, welche ich ihr in die Hand gegeben habe, fest, steckt die Finger durch die Ringe, und macht abwechselnd Oeffnungs- und Schliessungsbewegungen. Ich gebe ihr nun einen kleinen Gegenstand, eine Nadel, in die Hand. Sie hält auch diese fest und bewegt sie mechanisch hin und her, als ob sie Etwas nähen wollte. Sollte es etwa Zufall sein, dass diese so präcisen Bewegungen mit der Beschaffenheit des Objectes übereinstimmen. In seltenen Fällen, deren nähere Analyse hier noch nicht durchführbar ist, kommt es vor, dass die anästhetische Hand, die einen Bleistift hält, zu schreiben anfängt. Es ist dies eine automatische Schrift, wie sie auch bei den spiritistischen Medien vorkommt, worauf ich bereits mit Nachdruck hingewiesen habe. Es sei hier bemerkt, dass diese Schrift manchmal die Erfassung der auf den anästhetischen Körpertheil wirkenden Eindrücke erkennen lässt. Man kann thatsächlich durch Verfahren, die später genauer angegeben werden sollen, Fragen stellen, welche durch diese Schrift beantwortet werden. Frage ich nun auf diese Weise, so erhalte ich die schriftliche Antwort: „Sie kneifen mich“. „Welches ist der Finger, den ich berühre?“ „Der kleine Finger, der Ringfinger“. „Was gebe ich in Ihre Hand?“ „Einen kleinen Bleistift, ein Soustück.“ „Welche Lage nimmt Ihr linker Arm ein?“ „Er ist erhoben, Sie haben ihn gestreckt etc.[1])“ . . . Man kann durch diese schriftlichen Angaben das Vorhandensein ähnlicher Empfindungen im Gebiete des Geschmack- und Geruchsinns, sowie im unempfindlichen Theile des Gesichtsfeldes nachweisen. Wenn das Wort für uns das charakteristische Merkmal für die Empfindung eines Andern ist, warum sollte es nicht auch die Schrift sein? Kann man es zugeben, dass alle diese Bewegungen complicirterer Natur sich vollziehen, ohne dass irgend eine Empfindung vorhanden ist?

Die Empfindungen sind eben sehr oft der Ausgangspunkt des Vorganges, den man in der Psychologie als Ideenassociation bezeichnet. Wenn durch den näher zu erörternden synthetischen Vorgang eine gewisse Verknüpfung zwischen zwei psychologischen Phänomenen eingeleitet worden ist, so reicht das Vorhandensein des einen aus, um das andere im Geiste auftauchen zu lassen, gleichsam wie auf ein

---

[1]) „Anästhesie und Dissociation“. Rev. philos. 1887. I., 460,

gegebenes Signal. Dieses Verhalten hat bei der Untersuchung Hysterischer zu interessanten Experimenten Anlass gegeben, die man als Suggestion „auf verabredete Zeichen“ [1]) bezeichnet. Man kann z. B. zum Kranken sagen: „Jedesmal, wenn ich dich kneife, wirst du den Arm erheben oder gar eine Blume vor dir sehen.“ Man weiss nun, dass bei Kranken, die der Beeinflussung leicht zugänglich sind, sich die Dinge thatsächlich so zutragen und dass sie, nachdem sie das Kneifen empfunden haben, den Arm in die Höhe heben, oder überrascht sind, eine Blume vor sich zu sehen. Ich habe die Anwendung dieses bekannten Gesetzes beim Studium der hysterischen Anästhesie versucht, indem ich dem Kranken ähnliche Suggestionen gegeben, aber das „Verabredungszeichen“ direct auf den anästhetischen Körpertheil verlegt habe.[2]) Man kann nun die Dinge auf verschiedene Weise verwickelt machen; die einfachste Formel aber ist die folgende: „Du wirst den rechten Arm erheben, wenn ich den linken Arm kneifen werde“. Die Mehrzahl der von mir Untersuchten vollzieht eine solche Suggestion ganz regelrecht, auch wenn sie nicht sehen können, dass man ihre linke Hand berührt. Ich sage zu Bertha, während des somnambulen Zustandes, dass sie bei Berührung ihres Daumens einen Schmetterling, bei Berührung des kleinen Fingers einen blauen Vogel sehen werde. Nach dem Erwachen vollzieht sich die eine oder die andere Hallucination ganz regelrecht, je nachdem ich den Daumen oder den kleinen Finger der linken Hand berühre. In derselben Weise sage ich zu Isabella, die am linken Auge amaurotisch ist: „Wenn ich dir etwas Blaues zeigen werde, wirst du Glockengeläute hören.“ Wenn wir ihr nun die Augen schliessen und farbige Wollsträhne zeigen, so sagt sie bei den zuerst gezeigten höchstens, dass es ihr ganz finster vor den Augen sei, hält man ihr aber einen blauen Strähn vors Auge, so ruft sie laut: „Ah, ich höre Glocken läuten.“

Experimente dieser Art, obwohl sie sehr interessant und beweisend sind, bieten doch grosse Schwierigkeiten. Man muss nämlich im Geiste des Untersuchten zwei Vorgänge vereinigen. Man muss ihn zwingen wenigstens für einmal die Vereinigung der Empfindung des Kneifens mit der Bewegung oder Hallucination durchzuführen. Es geht dies sehr leicht, wenn man einen somnambulen oder andern Zustand vor sich hat, während dessen der Kranke wenigstens für den Augenblick seine Empfindungsfähigkeit wieder gewinnt. Die Suggestion muss in eben diesem Zustand ausgeführt werden. Später wenn die Asso-

[1]) *Binet* und *Féré*: Magnétisme animal. 1887, 166.

[2]) Autom. psych. 434.

ciation bereits bewerkstelligt ist, wird stets das Kneifen die Hallucination im Gefolge haben, auch wenn die Anästhesie schon wiedergekehrt ist. Gelingt es aber nicht, einen derartigen Zustand herbeizuführen, so wird die Suggestion viel schwieriger; obwohl die Möglichkeit des Gelingens nicht ausgeschlossen ist, schlägt sie doch meist fehl. Aus diesem Grunde ist es von Bedeutung, sich jener Associationen zu bedienen, die im Geiste des Untersuchten zur Zeit der Gesundheit bereits vorhanden waren. Nun gibt es, wie *Binet*[1]) gezeigt hat, eine natürliche und oft vorkommende Association zwischen gewissen Tast- und Muskelsinnsempfindungen und Gesichtswahrnehmungen. Wenn man z. B. versucht, im Finstern nach einem Gegenstand zu tappen, so überzeugt man sich, dass im Geist nicht nur eine Tastempfindung vor sich geht, sondern man glaubt auch, die Form der greifenden Hand und des erfassten Gegenstandes vor sich zu sehen. Diese Association besteht bei den Hysterischen ebenso gut, wie bei den Gesunden und man kann feststellen, dass sie noch fortbesteht, wenn schon die Aufnahme der Tasteindrücke in das „Ich“-Bewusstsein nicht mehr da ist. Einige kennen die Stellungen, in die man ihre anästhetischen Körpertheile versetzt hat. Sie sagen: „Ich fühle Nichts, aber ich sehe meinen Arm in einer bestimmten Stellung vor mir“. Justine, die rechtsseitig anästhetisch ist, schreibt, wenn auch schlecht genug, bei geschlossenen Augen. „Ich sehe — sagte sie — meine Hand, die schreibt“. Der Gesichtseindruck ist hier wie in den vorangegangenen Hallucinationen, durch die bereits bestehende Association mit der Tastempfindung, bestimmt. Damit aber dieser Mechanismus in Thätigkeit gesetzt werde, ist es nothwendig, dass die Tastempfindung in irgend einer Weise, wirklich vorhanden sei.

Schliesslich geben sich die Gefühlswahrnehmungen in Form von Erinnerungen kund, und man kann sich dieser Erscheinungsform bedienen, um das Vorhandensein der Empfindung in anästhetischen Gebieten[2]) nachzuweisen. Ein derartiges Experiment wurde mit Margarethe, die rechterseits den Tastsinn und Muskelsinn vollständig eingebüsst hat, angestellt. Sie ist derart anästhetisch, dass sie nicht im Stande ist eine willkürliche Bewegung mit ihrem rechten Arm auszuführen, wenn sie nicht auf ihn sieht. Zum Studium der Muskelsinnsempfindungen hat *Jean Charcot*,[3]) Interner der Pariser Spitäler, einen

---

[1]) *Binet:* „Ueber die Störungen des Buwusstseins bei den Hysterischen“. Rev. phil. 1889. I., 152.

[2]) Autom. psych. 295.

[3]) *J. B. Charcot:* „Ein zur Erzielung graphischer Bewegungsbilder geeigneter Apparat“. Progrès médical 18. Juni 1892. 478.

kleinen Apparat construirt, der für unsere Zwecke gut verwendbar ist. Dieser besteht aus einem (nach der Methode von *Cardanus*) aufgehängten, nach allen Richtungen freibeweglichen Stiel. Der Untersuchte hält den Stiel, so wie einen Federhalter, in der Mitte gefasst und nun lasse ich ihn den Kopf wegwenden, fasse den Stiel unten an und fahre mit der Spitze über ein auf ein Blatt Papier bereits vorgeschriebenes Wort. Die Hand des Untersuchten würde, wenn sie Empfindung besässe, alle für die Niederschrift des Wortes nothwendigen feinen Bewegungen gefühlt haben; durch den Apparat wird es ermöglicht, alle die kleinen feinen Bewegungen genau nachzuempfinden und auf dies Weise das graphische Bild des niedergeschriebenen Wortes aufzubewahren. Margarethe erklärt uns nun, gar Nichts gefühlt zu haben. Wir verstehen ganz wohl, was das zu bedeuten hat, sie hat eben Nichts in ihr „Ich"-Bewusstsein aufgenommen. Hat sie aber auch wirklich keine Elementarempfindung gehabt? Um dies zu erfahren, gebe ich ihr einen Bleistift in die anästhetische, rechte Hand und lasse sie das Gesicht wegwenden. Man sieht nun, dass die Finger den Bleistift umklammern, wie wir schon oben bemerkten, und dass die Hand zu schreiben beginnt? Wie konnte diese feine Bewegung sich vollziehen, wo die Kranke kurz vorher ohne Hilfe des Gesichtssinns keine Bewegung ausführen konnte? Dieser Vorgang kann hier nicht genauer erläutert werden, begnügen wir uns vorläufig mit der Feststellung der Resultate. Die Hand hat den Namen „Jean" geschrieben, dasselbe Wort in der gleichen Form, in der ich es niederschrieb. Dies ist wohl ein guter Beweis des Fortbestehens der Erinnerung und die Erinnerung selbst beweist uns deutlich, dass der Muskelsinn thatsächlich vorhanden war.

Die Erinnerung kann auch in anderer Weise wieder zum Vorschein kommen. Es genügt manchmal, dem Kranken die Erinnerung zu suggeriren, ihn zu zwingen, seine Aufmerksamkeit nachdrücklich auf die empfundenen Eindrücke zu lenken, um so die Erinnerung an die unterhalb der Bewusstseinsschwelle liegenden Empfindungen wachzurufen. Dieses Verhalten wurde von *Onanoff*,[1]) dessen frühen Tod wir so tief bedauern, in seiner Arbeit über unbewusste Empfindung klargelegt. Wenn nun, was häufig der Fall ist, die Erinnerung durch das erwähnte Verfahren nicht wachgerufen werden kann, so empfiehlt es sich den Kranken einzuschläfern, ihn in einen Zustand zu versetzen, der, wie ich gezeigt habe, die Anästhesie zum Schwinden bringt. Die Wiederkehr der Empfindung führt die Wiederkehr der Erinnerung

---

[1]) *Onanoff:* „Die unbewusste Wahrnehmung". Arch. de neurol. 1890, 373.

mit sich und der Kranke empfindet dann nicht nur den ihm in die Hand gegebenen Gegenstand, sondern erinnert sich an Dinge, die ihm während des Wachzustandes, wo er augenscheinlich anästhetisch war, in die Hand gegeben wurden. Es würde zu weit führen, sich mit diesen einer unendlichen Variation fähigen Versuchen eingehender zu befassen, da sich alle auf einen der drei vorerwähnten Typen zurückführen lassen. Bezüglich des ersten Punktes wollen wir im Anschluss an *Herzen* daran festhalten, dass eine aus dem Bewusstsein entfallene Vorstellung, aus diesem Grunde nicht aufhört zu bestehen und dass sie ihre Wirkung im latenten Zustand, gleichsam unterhalb der Bewusstseinsschwelle liegend — fortsetzen kann, . . . dass sie ferner in diesem Zustande Reflexe hervorrufen, und die andern Vorstellungen beeinflussen kann.[1])

Zum Zwecke der genauen Ergründung der Ursache, vermöge welcher der Kranke diese thatsächlich vorhandenen Empfindungen bei Seite liegen lässt, ist es nothwendig, einige Bemerkungen über den Entwicklungsgang der Hysterie vorauszuschicken. Diese Krankheit wechselt nicht nur in ihren verschiedenen Stadien, sondern auch je nach dem Alter der Patienten, und die Hysterie eines kleinen, zwölfjährigen Mädchens gleicht nicht der einer Frau von vierzig Jahren. Ich glaube, dass man drei Formen der Krankheit unterscheiden kann, deren Unterschied im Verlauf unserer Auseinandersetzungen immer klarer zu Tage treten wird: 1. Die beginnende Hysterie. 2. Die Hysterie im Stadium der Entfaltung. 3. Die bereits ausgesprochene Hysterie.

1. Um die beginnende Hysterie zu erforschen, habe ich mich in diesem Jahr hauptsächlich mit den ganz jungen Kranken der Charcot'schen Abtheilung befasst, wo ich die Anfänge der Krankheit studiren konnte. Ich habe bei diesen zahlreiche geistige Abnormitäten angetroffen, über die später berichtet werden soll, hier wollen wir uns nur mit dem Verhalten der Empfindung beschäftigen. Sämmtliche Beobachter[2]) stimmen darin überein, dass zu Beginn der Krankheit die Anästhesie noch nicht vorhanden ist. Es ist bei diesen Kranken sehr leicht, wenn man der Reihe nach alle Sinnesorgane durchprüft, ihnen auch alle dazu gehörigen Empfindungen zum Bewusstsein zu bringen. Aber man bemerkt doch eine auffallende Gleichgiltigkeit und Zerstreutheit gegen Alles, was in den Bereich des Empfindungslebens gehört. Es hat den Anschein, als ob die Kranken nur starke, auffallende oder sehr angenehme Eindrücke unterscheiden, gleichsam als ob diese ein

---

[1]) *Herzen:* „Gehirn und Gehirnthätigkeit". 1837, 201.

[2]) *Gilles de la Tourette:* Op. cit., 204.

ganz eigenthümliches, unerwartetes, die Aufmerksamkeit anregendes Gefühl hervorrufen würden. Es hat manchmal für den ersten Moment den Anschein, als ob sie unempfindlich wären, später aber bemerken sie doch. was mit ihnen geschieht, vorausgesetzt, dass man den Eindruck aufs Neue wirken lässt und sie energisch befragt. Besonders macht es ihnen Mühe, zwei gleichzeitige Gefühlseindrücke zu unterscheiden und wenn man sie z. B. rechts und links kneift, so haben sie nur eine Gefühlswahrnehmung u. zw. meist rechtsseitig. Die Zerstreutheit gegen Empfindungswahrnehmungen, mit ihren charakteristischen Merkmalen geht der Anästhesie voran.

2. *Die in Entfaltung befindliche Hysterie.* — So nenne ich nämlich die Krankheit, in der Zeit ihrer regen Entwicklung, wie man sie meist bei den Spitalskranken vom achtzehnten bis fünfundzwanzigsten Lebensjahre antrifft, aber manchmal auch später. Ich nenne die Krankheit in Entwicklung begriffen, weil sie noch veränderlich ist und durch Suggestion, Erregung und Nachahmung umgestaltet werden kann. Die Anästhesien sind zu dieser Zeit klar ausgesprochen, aber ihre Anordnung zeigt uns, dass sie von der mangelhaften Erregbarkeit der früheren Periode herzuleiten sind. So verlieren die Hysterischen selten und auch dann nur theilweise den Gehörsinn, weil dieser im gesellschaftlichen Leben, welchem auch sie nicht entsagen können, unentbehrlich ist. Oefter verlieren sie den Gesichtssinn, aber auch diesen nur zum Theile. So habe ich nie vollständige hysterische Blindheit gesehen, die den Anfall mehr als einige Stunden überdauert hätte und wenn ich auch die Möglichkeit nicht leugne, so handelt es sich gewiss um ein seltenes Vorkommnis. Wenn die hysterische Anästhesie durch eine Störung gewöhnlicher Art bedingt wäre, müsste man sich doch fragen, warum sie nicht öfter beide Augen betrifft. Wenn sie aber, im Gegentheil, einer wachsenden Zerstreutheit infolge von Schwäche der „Ich“-Wahrnehmung zuzuschreiben ist, so begreift man es, dass diese Kranken sich noch einen Theil der unentbehrlichen Gesichtsempfindung aufbewahren, ohne die ihr Leben elend wäre. Die Hysterischen verlieren viel lieber die Tastempfindung, weil diese wenn nicht vom psychologischen, so doch vom praktischen Standpunkt aus, die am wenigsten wichtige ist. Im Anfang des Lebens gelangen wir durch den Tastsinn nahezu zu sämmtlichen Wahrnehmungen, später kann er, Dank der bereits vorhandenen Vorstellungen, stets durch die anderen Sinnesfunctionen ersetzt werden. Diese Kranken verlieren auch die linksseitige Empfindung häufiger als die rechtseitige, wahrscheinlich weil erstere bei ihnen eine geringere Rolle spielt. Ich glaube bemerkt zu haben, dass es Körpertheile z. B. die Fingerspitzen, die Lippen

gibt, deren Empfindungsvermögen die Kranken länger bewahren, wahrscheinlich weil diese durch die vermittelten Empfindungen besonders nützlich oder angenehm sind. Andere Empfindungen, wie z. B. die von den Gelenken ausgehenden, bleiben ebenfalls erhalten, weil sie für die willkürlichen Bewegungen nothwendig sind. Es ist wohl richtig, dass wir bei Betrachtung der bei einzelnen Kranken überhaupt zerstreuten, anästhetischen Inseln nicht im Stande sind, die Veränderungen der örtlichen Sensibilität, ihre Aehnlichkeiten und Abweichungen, die zahllosen darauf wirkenden Einflüsse genügend zu erfassen, was allein zum Verständnis der Ursachen dieser anscheinend regellosen Vertheilung führen könnte. Es sind thatsächlich zahllose Verhältnisse, z. B. die Vorbilder, gewisse Gewohnheiten, Suggestionen, selbst die ärztliche Untersuchung im Stande, grossen Einfluss auf Sitz und Vertheilung der Anästhesie auszuüben. Die Erscheinung der Anästhesie als Ganzes, hängt gewiss nicht von der Suggestion ab, doch ist diese manchmal für die Vertheilung ausschlaggebend.

Besonders charakteristisch sind die bereits erwähnten Thatsachen der Veränderlichkeit und des theilweisen Verschwindens der Anästhesie. Die Empfindung ist nicht allein im unbewussten Zustand vorhanden, sondern kann auch jeden Augenblick bewusst werden, sei es durch einen Reiz, der das Bewusstseinsfeld erweitert, sei es durch nachdrückliche Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf die betreffende Seite. Wenn man prismatische Gläser vor das anästhetische Auge bringt, oder eigenartige, ungewohnte Gesichtseindrücke erzeugt, so kann man das Individuum zwingen, diese in sein Bewusstsein aufzunehmen. Schliesslich können die Empfindungen der anästhetischen Theile wieder ins Bewusstsein gelangen, wenn sie, aus welchem Grunde immer, mit andern, im Bewusstsein der Kranken befindlichen Empfindungen innig verknüpft sind. Zwingen wir diese an einen Gesichtseindruck zu denken, der für gewöhnlich mit einer Tastempfindung verknüpft ist, sagen wir z. B. zu Marie, dass eine Raupe auf ihrem Arm kriecht, so erlangt dieser Arm sein volles Empfindungsvermögen wieder. Besonders klar ist dies Verhalten in den so seltsamen Fällen einseitiger Blindheit, die das ihnen zugewendete Interesse reichlich verdienen. Wenn ich mich zur rechten Seite Mariens befinde und mit ihr spreche, so sieht sie die von links herkommenden Personen nicht und ist selbst beim binoculären Sehen auf dem linken Auge amaurotisch. Wenn ich nun sachte auf ihre linke Seite hinübergehe, indem ich andauernd ihre Aufmerksamkeit festhhalte, so fährt sie fort mich mit dem linken Auge zu sehen. Die auf dem rechten Auge begonnenen Gesichtsempfindungen haben, wenn ich mich so ausdrücken darf, die

Empfindungen des linken Auges in das Bewusstseinfeld mitgezogen. Ein von *Pitres* wiederholt angestellter Versuch ist diesbezüglich sehr lehrreich. Der Versuch mit dem Lichtschirm wird nach ihm folgendermassen angestellt: Auf eine Tafel wird eine Zeile geschrieben. Die Kranke sitzt dieser Tafel gegenüber und es wird ein Cartonblatt senkrecht gegen die Mittellinie ihres Gesichtes gehalten. Die Kranke liest nun bei geschlossenem linken Auge geläufig die rechts vom Lichtschirm befindlichen Buchstaben. Sind beide Augen offen, so liest sie alle Buchstaben ebensogut die links, wie die rechts vom Lichtschirm gelegenen.[1])

Dieser Versuch gelingt meiner Ansicht nach, dann besonders gut, wenn die auf die Tafel geschriebenen Buchstaben in ihrer Gesammtheit ein Wort bilden. So gering auch die Leistung des „Ich"-Bewusstseins bei dieser Kranken sein mag, so eingewurzelt auch die Gewohnheit sein möge, die Empfindungen des linken Auges zu übersehen, so können sie doch nicht in der Mitte eines Wortes stecken bleiben, wenn das Wort, durch die in ihrem Geiste thatsächlich vorhandene Nachbarempfindung erst vollständig gemacht wird. Die Empfindungen des rechten Auges, die als nützlich und unentbehrlich im Mittelpunkte des engen Bewusstseinfeldes stehen, führen die Empfindungen des linken Auges mit sich, wenn sich irgend ein Anlass bietet, diese wieder aufzunehmen, gerade sowie die Vorstellung einer auf dem Arm befindlichen Raupe die Tastempfindung dieses Armes zurückbringt. Wenn nun aber in dem beschränkten Bewusstseinsfelde eine derartige „Hervorrufungs"-Vorstellung nicht vorhanden ist, wenn das rechte Auge geschlossen bleibt oder auf einen Gegenstand gerichtet ist, zu dessen völliger Wahrnehmung ein Auge genügt, so werden die im Bewusstsein allzu vernachlässigtem Empfindungen des linken Auges in einem solchen Falle nicht erweckt werden können.[2]) *Parinaud* ist im Rechte, wenn er von einem speciellen Mechanismus des binoculären Sehens spricht. Es gibt eben functionelle, wahrscheinlich von der anatomischen Lage abhängige Associationen, welche geeignet sind, die hysterische Anästhesie umzugestalten. Die Möglichkeit der Umgestaltung liegt eben in dem Umstand, dass diese Anästhesien nichts weiter sind, als zusammengesetzte Zustände psychischer Ablenkung (Zerstreutheit).

---

[1]) *Pitres:* Op. cit., I., 58.

[2]) Das Studium bestimmter Fälle von hysterischer Diplopie, das wir uns für den zweiten Band vorbehalten, wird es uns deutlicher zeigen, wieso diese Vernachlässigung der von aussen her zuströmende Wahrnehmungen seitens des einen Auges entsteht, die nach und nach zur einseitigen Amaurose führt.

3. Erwähnen wir hier noch die bereits *ausgebildete Hysterie*, auf die später näher eingegangen werden soll. Hier ist der durch die Krankheit verworren und beschränkt gemachte Geisteszustand bereits nach einem bestimmte Typus gestaltet. Alle oder wenigstens mehrere Symptome sind unveränderlich geworden. Es gibt eben Angewöhnungen, die zur zweiten Natur werden, und die wir mit den geringen, uns zur Verfügung stehenden Mitteln nicht in wenigen Augenblicken umgestalten können. Die Anästhesien sind regulär geworden und ändern sich besonders nicht mehr durch die kurzdauernden und kraftlosen Anstrengungen der Aufmerksamkeit. Bei derartigen Kranken wird man nicht mehr leicht die vorerwähnten Versuche wiederholen können. Sie werden höchstens dann gelingen, wenn früher, in der Periode der Veränderlichkeit, ähnliche Erscheinungen bestanden, wenn z. B. die linksseitigen Tastempfindungen bereits damals mit Bewegungen und Vorstellungen verknüpft waren. Wenn nun solche Verknüpfungen nicht bestehen, so werden wir auch nicht im Stande sein, sie jetzt hervorzurufen und die Anästhesien werden manchmal als absolute erscheinen.

Muss man nun sagen, dass die Kranken sich durchaus von den andern unterscheiden und dass ihre Anästhesie der auf organischen Ursachen beruhenden Empfindungslähmung gleichwertig ist? Möglicherweise können Empfindungen, die nie zum Bewusstsein gelangten, deren Verwerthung immer geringer und geringer wurde, zu jenen schweren Formen der Anästhesie führen, von denen *Onanoff* spricht.[1]) Ich gestehe, dass ich ein wenig an der Stichhältigkeit dieser Voraussetzungen zweifle. Diese eingewurzelte Anästhesie ist doch durch die vorerwähnten Stadien durchgegangen, und hat wohl auch ihre eigenartigen Kennzeichen bewahrt, als da sind: die anscheinend zweckmässige Vertheilung, die Gleichgiltigkeit, mit welcher der Kranke sie erträgt, das Erhaltensein der Reflexe etc. Ich neige eher zur Ansicht hin, dass sich diese Anästhesie in der Praxis des Lebens ebenso verhält, wie die früher erwähnten, dass sie aber der Umgestaltung durch unsere experimentellen Verfahrungsweisen weniger zugänglich ist.

Die Schlussfolgerung nun bleibt trotz dieser Schwierigkeit ungeändert und die vorgeschlagene Formulierung erscheint in ihren beiden Hauptsätzen wohl begründet. Die hysterische Anästhesie ist allem Anscheine nach keine organische Krankheit, d. h. keine Krankheit der Nervenendigungen, Nervenstämme oder tiefen Centren. Sie

---

[1]) *Onanoff:* „Ueber die unbewussten Wahrnehmungen". Arch. de neurol. 1890. 377.

ist eine psychische, besser gesagt psychologische Krankheit. Sie liegt nicht in den peripheren Körpertheilen, dem Rückenmark oder den Basalcentren, sondern im Geist. Wir halten ein für allemale daran fest, dass das Wort „Geist" die höchsten Thätigkeiten des Gehirns, beziehungsweise der Hirnrinde ausdrückt. Nur aus Rücksicht für die von uns verwendete wissenschaftliche Methode und zur Vermeidung metaphysischer Betrachtungen über unbekannte Erkrankungen der Hirnzellen, haben wir das Wort „Geist" gebraucht. Im Geiste selbst erstreckt sich die Krankheit nur auf bestimmte Vorgänge. Sie ist nur selten eine Störung der Elementarempfindungen, die in ihrem Wesen und ihren Eigenthümlichkeiten unverändert bleiben. Sie erstreckt sich auf eine ganz besondere Geistesthätigkeit, auf die „Ich"-Wahrnehmung, die uns in jedem Momente des Lebens befähigt, neu aufgenommene Empfindungen unter einander und mit dem „Ich"-Bewusstsein zu verknüpfen. Sie beruht auf einer Schwäche in der Verknüpfung der psychologischen Elemente, welche ich früher einmal als psychologischen Zerfallsvorgang bezeichnet habe. Die hysterische Anästhesie ist eine Krankheit des „Ich"-Bewusstseins. —

§ 5. Einige besondere Formen der Anästhesie.

Beim Studium der allgemeinen Merkmale der hysterischen Anästhesie waren wir genöthigt, einzelne für das Verständnis gewisser Anästhesieformen wichtige Thatsachen mit Stillschweigen zu übergehen. Es geht nicht an, diese gänzlich ausser Acht zu lassen, da einzelne davon den Ausgangspunkt schwer zu deutender Erscheinungen bilden. Es sollen hier die verschiedenen Sinnesthätigkeiten nach einander betrachtet und an jede einzelne die unentbehrlichen Bemerkungen angeschlossen werden.

1. *Analgesie.* — Die Unempfindlichkeit gegen Schmerz tritt sehr frühzeitig auf, sie ist sehr häufig und stark ausgesprochen. Wir müssen dabei stehen bleiben, denn sie erscheint in nahezu völligem Widerspruch mit den dargelegten, allgemeinen Theorien. Die Kranken behaupten nicht nur, dass sie beim Stechen und Brennen nichts spüren, sondern es fehlen auch bei ihnen die gewöhnlichen Anzeichen der Empfindungen unterhalb der Bewusstseinsschwelle. Die Reaction und das Beben, welches selbst der halb unbewusste Schmerz erzeugt, fehlen bei ihnen. *Binet* hat zwar manchmal derartige Zitterbewegungen bei Kranken gefunden, welche angaben, den Schmerz nicht gefühlt zu haben, er sah auch bei einem Kranken Zustände peinlicher Erregung, gleichsam als ob sich der physische Schmerz in einen psychischen

verwandelt hätte; [1]) aber meiner Ansicht nach, ist dies Verhalten unklar und selten.

Eine von *Jules Janet* bei Witm... gemachte Beobachtung zeigt, dass die halbbewussten Schmerzempfindungen nur eine geringe Rolle spielen. Bei Witm... die an beiden Füssen anästhetisch war, wurden diese, nachdem sie sie im Bett auf eine allzuheisse Wärmeflasche gelegt hatte, mit ausgedehnten Brandwunden an der Sohle gefunden. Durch diese Beobachtung zeigt es sich, dass der Schmerz nicht einmal halbbewusst vorhanden war. Diese Kranke nun kann in den Zustand des vollständigen Somnambulismus versetzt werden, in welchem sie nicht nur ihr gesammtes Empfindungsvermögen, sondern auch, wie bereits erwähnt, die Erinnerung an die halbbewussten Sinneseindrücke des Wachzustandes wieder erlangt. Fragt man sie nun während dieses Zustandes: „Hast Du Schmerz gelitten, während deine Füsse der Gluth ausgesetzt waren?" — so bejaht sie die Frage. „Warum hast Du sie dann nicht ein wenig zurückgezogen?" „Ich weiss es nicht" lautet ihre Antwort. Ich bin zum Glauben geneigt, dass die Kranke in Folge der Erlangung einer grössern Empfindungsfähigkeit, sich einbildet, Schmerz gespürt zu haben. In jedem Fall muss diese Erscheinung der halbbewussten [2]) Schmerzempfindung sehr geringfügig gewesen sein, da sie nicht ausreichte, ein geringes Wegrücken der Beine hervorzurufen, während doch sonst ganz leichte, sebst halb unbewusste Tastempfindungen bei ihr complicirte Bewegungen hervorrufen. Besonders merkwürdig wird diese Beobachtung dadurch, dass die Kranke Witm. . . Zustände zeigt, wo trotz bestehender Anästhesie, sämmtliche andern Empfindungen in halbbewusster Form andauern. Alle von uns angeführten Experimente, die den Tastsinn, Muskelsinn, Gesicht, Gehör betreffen, geben bei dieser Kranken angestellt, ganz unwiderlegliche Resultate. Nur die Schmerzempfindung scheint von dieser Regel eine mehr oder weniger vollständige Ausnahme zu bilden und man muss auch dies herauszufinden wissen. Ich war einmal in der Lage, diesen Unterschied zwischen Schmerz- und Tastempfindnng, welche die anästhetischen Stellen betreffen, durch ein ganz eigenthümliches, kleines Experiment klarzulegen: M. zeigt hochentwickelte Anästhesie, die sich auch auf die Bindehaut des Auges erstreckt. Ich suggerirte ihr nun, während des Somnambulismus: „Wenn ich dein Auge berühre, so wirst Du den rechten Arm erheben." Als sie erwachte fuhr ich ihr mit einem

---

[1]) *Binet:* „Bewusstseinsstörungen bei der Hysterie". Revue philosophique 1889. I., 162.

[2]) Das Wort „halbbewusst" wird hier u. w. f. der Kürze halber für „unterhalb der Bewusstseinsschwelle befindlich" gebraucht. (Anm. d. Uebers.)

Stückchen Papier übers Gesicht und führte dieses, in einem von ihr nicht vorhergesehenen Moment ins Auge, jedoch nur bis zur Grenze der Cornea, um das Sehen des Gegenstandes zu verhindern. Der rechte Arm erhob sich darauf sofort, die Lidspalte jedoch blieb geöffnet. Die suggerirte mit einer Tastempfindung in Bezug gebrachte Bewegung vollzog sich ganz regelrecht, während die von der Schmerzempfindung abhängige Reflexbewegung ausblieb.

Man muss auf dieses wichtige Verhalten stets Rücksicht nehmen, denn während die Mehrzahl der von bestimmten Empfindungen, z. B. Tast- und Gesichtsempfindung, abhängigen Reflexe erhalten bleibt, sind die meisten von der Schmerzempfindung abhängigen Reflexe oft sehr herabgesetzt. Im Auge bleibt der Pupillenreflex erhalten, der Lidreflex hingegen kann verschwinden. Im Rachen besteht der Schluckreflex fort, nicht aber der Ekelreflex. Der Patellarreflex ist an den anästhetischen Beinen erhalten, der Kitzelreflex der Fussohle hingegen ist geschwunden. Schliesslich sind auch, in besonderem Masse die von der Ermüdung abhängigen Reflexe bis zum Verschwinden abgeschwächt. Der erhobene anästhetische Arm kann einige Zeit hindurch in dieser Stellung erhalten werden, ohne das der Kranke irgend welche peinliche Empfindung hat, und sogar ohne Störung in der Athmung. Mit einem Worte, die Schmerzempfindung zeigt sich sowohl bezüglich der halbbewussten[1]) psychischen Erscheinungen, als auch bezüglich der Reflexe von den andern Empfindungen verschieden.[2])

Es ergibt sich daraus die einfache Schlussfolgerung, dass der Schmerz etwas Anderes ist, als die übrigen Empfindungen. Die klinischen Thatsachen kommen auch dieser schon lange von den Philosophen vertretenen Ansicht zu Hilfe. Der Schmerz ist nicht eine einfache, isolirbare, für sich bestehende Erscheinung, wie z. B. die Tast- oder Farbenempfindung sondern ein complicirter Bewusstseinszustand, eine Form der Erregung. *Bergson* sagte:[3]) „Wir messen die Intensität des Schmerzes, nach dem Antheil, den eine mehr oder weniger grosse Körperpartie daran nimmt. Wenn nun, wie dies bei den Hysterischen der Fall ist, jede Erscheinung nahezu isolirt bleibt, ohne dass der physische oder psychische Organismus daran Antheil nimmt, so gibt

[1]) Halbbewusst = unterhalb der Schwelle des Bewusstseins liegend. (Anm. des Uebers.)

[2]) Aehnliche Darlegungen finden sich in einer neueren Arbeit von Fr. W. *Myers*: „Subliminal consciousness“, Proceedings of the society for psychical research, 1892, 323.

[3]) *Bergson:* „Studie über die unmittelbaren Bewusstseinseingebungen“. 1889. 27. *Binet:* „Beitrag zur Kenntnis der Schmerzempfindung bei den Hysterischen“. Revue philosophique, 1889, II., 169.

es auch keine Erregung, keinen Schmerz im eigentlichen Sinne des Wortes. Die Unempfindlichkeit gegen Schmerz schliesst sich an die vorerwähnte Auffassung der mangelnden Verknüpfung der psychologischen Elemente an; der Schmerz bleibt eben nicht isolirt wie die andern Empfindungen, sondern verschwindet mit der schwindenden Synthese.[1])

2. *Organ-Anästhesie.* — Ich verstehe darunter den Verlust jener vagen Empfindungen, die uns ohne Unterlass Nachricht vom Vorhandensein und von der Thätigkeit unserer Organe geben. Gewisse Kranke fühlen nicht nur nicht die Berührung ihrer Gliedmassen, sondern haben auch die Kenntnis von deren Vorhandensein eingebüsst. Es scheint ihnen — wie sie sagen — dass ihr Arm an der Schulter amputirt wurde. Der merkwürdigste Fall dieser Art, dem ich begegnete, betrifft eine Kranke, Namens Corn. . . Bei dieser war die Sensibilität an den Oberschenkeln und Fusspitzen erhalten geblieben, an den Unterschenkeln aber geschwunden: sie bemerkte, dass sie sich ganz merkwürdig verkürzt vorkomme, als ob ihr die Zehen direct an das Knie angeheftet wären. Manchmal ist die Erscheinung complicirter. Ein von *Charcot* beobachteter Kranker gab an, dass seine Gliedmasse zugleich „schmerzhaft und fehlend" sei.[2]) Eine andere Kranke nahm an, dass ihr Arm nicht zu ihr, sondern zu einer andern Person gehöre.[3]) So schliessen sich verschiedene Einbildungen der Anästhesie an.

Diese Form der Anästhesie ist sehr selten und ich habe davon nur zwei Beispiele beobachtet, ohne mir über den Fortbestand der halbbewussten Empfindungen Klarheit verschaffen zu können. Bezüglich der Entstehungsbedingungen bin ich zu gleichen Ansichten gelangt, wie *Pitres.*[4]) Diese Anästhesie ist von kurzer Dauer; sie verschwindet, ohne dass man dabei gleichzeitig Veränderungen in den andern Empfindungsqualitäten beobachtet. So besass die Kranke Corn. . . für gewöhnlich Empfindung des rechten Armes; im Anschlusse an nächtliche, unbedeutende Anfälle wurde ihr rechter Arm vollkommen anästhetisch und gelähmt. Am nächsten Morgen behauptete sie, der Arm sei an der Schulter abgeschnitten. Nach einigen Tagen verlor sie diese Einbildung und gab sich über das Vorhandensein des Armes Rechenschaft, wobei ich nicht in der Lage war, irgend welche bemerkenswerte Veränderung der Anästhesie oder Lähmung nachzuweisen. Diese Einbildung, die das Gegentheil der so bekannten Einbildung der Amputirten ist, dürfte sich, wenn ich nach diesem Falle urtheilen

[1]) Synthese = psychische Combination. (Anm. d. Uebers.)

[2]) *Charcot:* „Nervenkrankheiten", III., 376 und 458.

[3]) *William James:* Proceding of the american soc. f. psych. resarch. I., 549.

[4]) *Pitres:* Op. cit., I., 121.

darf, dann einstellen, wenn sich in dem Empfindungsvermögen irgend eines Theiles eine allzu rasche Aenderung vollzogen hat, und verschwindet wieder, wenn sich die Person daran gewöhnt hat, mit dem anästhetischen Körpertheil zu leben.

Man weiss, dass auch andere Organgefühle, wie Hunger, Durst, Harndrang vollständig verloren gehen können. M... verharrt mehrere Tage ohne zu essen und zu trinken, doch verspürt sie davon keinerlei unangenehme Empfindung. Sie geht ans Essen und Trinken, weil sie nicht an Appetitlosigkeit leidet, aber seit Jahren hat sie weder Hunger, noch Durstgefühl gefühlt. In gleicher Weise hat sie auch das Gefühl der Stuhl- und Harnentleerung eingebüsst. Harnröhre und Blase sind bei ihr vollständig unempfindlich. Wenn man ihr den Katheter einführt, so kann man ihre Blase entleeren oder 200 Gramm Borsäure einspritzen, ohne dass sie die beiden Manipulationen von einander unterscheiden kann. Die Empfindungslosigkeit ihrer Blase geht so weit, dass sie nicht einmal einen im Anschlusse an (von ihr selbst gemachte) unsaubere Katheterisirungen entstandenen Blasenkatarrh bemerkte. Im somnambulen Zustand trat aber die typische Schmerzhaftigkeit der Cystitis wieder auf und die Kranke stiess laute Schreie aus

Einen ähnlichen Fall von Unempfindlichkeit der Harnröhre beschreibt *Raymond*: „Man kann in die Harnröhre des Kranken bis an den Blasenhals eine mit dem Pol eines elektrischen Apparates verbundene Metallsonde einführen, die andere Elektrode auf die Eichel oder das Perineum setzen und einen Strom von maximaler Intensität durchgehen lassen, ohne dass der Kranke irgend etwas empfindet; ebenso verhält sich der Mastdarm.“[1])

Diese Organ-Anästhesien sind gewöhnlich von zahlreichen Functionsstörungen der betroffenen Organe begleitet. Wenn die Anästhesie der Harnröhre und der Blase vollständig ist, und sowohl den Tastsinn, als auch den Muskelsinn betrifft, so kann man bei der geringsten Anstrengung des Kranken, bei Tag oder Nacht, Incontinenz feststellen.[2]) Doch ist dies jedenfalls sehr selten, und ich kann nicht behaupten, eine Incontinenz von zweifellos hysterischer Natur beobachtet zu haben. Viel häufiger ist Harnverhaltung, wie wir sie bei M... stets im Anschlusse an die Anästhesie vorfinden.

Wir haben hier nicht die verschiedenen Krampf- und Lähmungserscheinungen zu studieren und kennen auch die Bedeutung der

[1]) *Raymond:* „Ueber Hautanästhesie“. Revue de médecine. 1891, 395.

[2]) *Féré:* Arch. de neurol. 1884. *Jules Janet:* „Auf psychologischer Grundlage beruhende Sörungen der Harnentleerung 1890“. „Die neuropathischen Blasenstörungen“. Traité de Chirurgie. 1892, t. VII. 724.

psychologischen Empfindungen für diese Organverhältnisse viel zu wenig, um diese Anästhesien daraus erklären zu können. Wir wollen uns nur ins Gedächtnis rufen, dass sie in einem Punkt den Analgesien ähnlich sind; sie sind nämlich nicht mit dem gleichzeitigen Fortbestehen halbbewusster Empfindungen vereinbar. Dem Fehlen dieser Empfindungen muss auch die Mehrzahl der schweren Störungen zugeschrieben werden.

3. *Anästhesie der Geschlechtsorgane.* — Die von den Geschlechtsorganen ausgehenden Empfindungen sind meist trotz allgemeiner Hautanästhesie vorhanden. Es erklärt sich dies aus der Wichtigkeit, die das Individuum ihnen gewöhnlich zuschreibt. Nichtsdestoweniger können sie völlig verschwinden, und ihr Fehlen macht gewisse Hysterische geschlechtlich fühllos, ganz entgegen dem Vorurtheil, dass man gegen sie merkwürdigerweise in dieser Richtung hegt. Diese unter allen Umständen peinliche Anästhesie ist manchmal von den merkwürdigsten psychologischen Erscheinungen begleitet. Beim Studium der Erregungen, werden wir eine Frau näher erwähnen, die zugleich mit dem Geschlechtssinn auch das Schamgefühl und den Familiensinn eingebüsst hat. Auch diese Form der Anästhesie lässt sämmtliche Reflexe weiterbestehen und übt auch im Allgemeinen auf die Function der Schwellorgane keinen Einfluss aus.[1])

4. *Anästhesie, die Bewegungsempfindungen betreffend.* — Die durch die Bewegung des Körpers hervorgerufenen Empfindungen sind sehr complicirter Natur. Man darf vor allem nicht die mit den activen Bewegungen zusammenhängenden psychologischen Erscheinungen mit jenen verwechseln, die mit den passiven, von aussen her mitgetheilten, Bewegungen in Beziehung stehen. Hier wollen wir nur von diesen letzteren sprechen. Den Verlust des Gefühls der Musklelermüdung, der sich ähnlich wie eine Analgesie verhält, haben wir bereits erwähnt. Dieser Verlust kommt sehr häufig vor und spielt bei den kataleptischen Haltungen eine wichtige Rolle. Der Hysterische kann gleichzeitig oder einzeln das Druck-, Zerrungs- und Zuggefühl der Muskeln — und ganz eigenthümlicher Weise — auch das Bewusstsein der ungleichen Zusammenziehung der einzelnen Muskeln verlieren.[2])

Es folgt daraus, dass er unfähig ist, das Gewicht eines Gegenstandes, auch wenn er ihn aufhebt,[3]) zu schätzen, dass er auch die Bewegungen, die man ihn ausführen heisst, nicht kennt, und schliesslich

[1]) *Briquet:* Hyst. 472.

[2]) *Duchenne* (de Boulogne): Electrisation localisée, 1855, 410.

[3]) *Gley* und *Marillier:* „Versuche über den Muskelsinn". Revue philosophique. 1887, I., 441.

sich über die Lage seiner Glieder, ohne Hilfe der Augen, keine Rechenschaft geben kann. Nach einem bekannten und häufig bewährten Ausspruch „verliert er seine Beine im Bett".

Will man die Muskelanästhesie genauer feststellen, so genügt, in stark ausgebildeten Fällen, das folgende Verfahren: Man lässt den Untersuchten den Kopf abwenden und ändert die Stellung seines Armes. Nun fordert man ihn auf, die Stellung seines Armes näher zu bezeichnen oder was besser ist, den andern Arm in eine ähnliche Lage zu bringen. In wenig ausgesprochenen Fällen, ist die Abschätzung schwieriger. Man kann zu dem Zweck auch ein älteres, von *Beaunis* [1]) angegebenes Verfahren anwenden, das derselbe bei seinen subjectiv-psychologischen Untersuchungen benützte, indem er selbst die Bewegungen ausführte, und die dabei auftretenden Empfindungen feststellte. Ich habe es versucht, sein Verfahren auf objectivem Wege anzuwenden. Man gibt nämlich dem Untersuchten einen Bleistift in die Hand, lässt ihn den Kopf abwenden und lässt ihn, indem man seine Hand über das Papier führt, eine gerade Linie, oder zwei distante Punkte oder einen Winkel von gewisser Bogenöffnung ausführen.

Ist dies geschehen, so fordert man den Untersuchten, der nicht zusehen darf, auf, die gleiche Linie, die gleich abstehenden Punkte oder den gleich grossen Winkel zu zeichnen.

Man vergleicht nun die beiden Zeichnungen und kann in einzelnen Fällen daraus Schlüsse auf die kinästhetischen Empfindungen des Untersuchten ziehen. Man kann durch Anwendung des von *Jean Charcot* angegebenen, bereits früh erwähnten Apparates, einzelne Unzukömmlichkeiten dieses Versuches vermeiden.[2])

Bei all diesen Versuchen muss man strenge darauf achten, dass das Individuum alle verlangten Bewegungen b e w u s s t und f r e i w i l l i g ausführt, denn die halbbewussten Bewegungsempfindungen sind in diesen Fällen sehr häufig und deutlich vorhanden. Ihr Vorhandensein wurde in den vorhergehenden Versuchen wiederholt erwähnt. Es ist hier nicht mehr möglich, sich mit dem Studium der kinästhetischen Empfindungslähmung näher zu beschäftigen, denn sie bieten nur insoferne Interesse, als sie der Bewegung, der ein specielles Capitel in dieser Arbeit vorbehalten ist, in Beziehung stehen.

5. *Anästhesie der Tastsphäre.* — Es ist bekannt, dass mehrere, verschiedenartige Vorgänge unter dem Namen Tastsinn vereinigt und

[1]) *Beaunis:* „Ueber das Muskelsinngedächtnis". Revue philosophique 1888, I., 568.

[2]) „Notiz, einen Apparat zur experimentellen Untersuchung der kinästhetischen Wahrnehmungen betreffend". Revue philosophique, 1892. II.

zusammengeworfen sind. Die Hysterie ist nun oft im Stande, eine klare Scheidung der einzelnen Vorgänge herbeizuführen, indem sie specielle Empfindungsformen zum Verschwinden bringt, andere aber fortbestehen lässt. Der Mangel der Schmerzempfindung ist häufig nachweisbar, während der eigentliche Tastsinn nahezu vollständig erhalten ist.

Wärme- und Kälteempfindungen können fortbestehen, während Schmerz- und Tastsinn verschwunden sind. Umgekehrt kann wieder der Kranke die Einwirkung eines brennend heissen oder eiskalten Gegenstandes wie einen einfachen Tasteindruck empfinden. In diesem letzteren Falle wird das Verhalten, wie man es bei Syringomyelie antrifft, vorgetäuscht.[1]) Schliesslich können die verschiedenen Empfindungsqualitäten in ihrer Gesammtheit verloren gehen und der Kranke unterscheidet die einzelnen, die anästhetische Hand treffenden, Eindrücke nicht mehr von einander, wenigstens nicht bewusst. Ist die Anästhesie sehr tief, so genügt es, zu ihrer Feststellung, den Kranken zu stechen, oder ihm einen Gegenstand in die Hand zu geben und zu fragen, ob er etwas bemerkt habe; doch muss man dabei — wohlverstanden — die halbbewussten Bewegungen und Antworten zu vermeiden trachten. Besteht keine vollständige Empfindungslähmung, sondern nur Unterempfindlichkeit, so ist deren Feststellung schwieriger.

Ich glaube, dass hier das Aesthesiometer, so mangelhaft es auch sein mag, vom klinischen Standpunkte aus, von gewissem Wert ist. Will man das Instrument zweckmässig anwenden, so muss man zunächst an einer bestimmten Körperstelle die mittlere Sensibilität eruiren. Nun untersucht man dieselbe Stelle bei der Kranken und sieht, um wie weit die Sensibilität von der normalen entfernt ist. Ich habe zu diesem Zwecke einen Ort gewählt, der mir besonders geeignet erschien, nämlich die untere Fläche des Handgelenks. Die normale Sensibilität daselbst schien nur 20—25 *mm* zu betragen. Findet man nun, wie es oft vorkommt, bei einer Kranken Zahlen von 90, selbst 120 *mm*, so kann man ohne Zögern von Hypästhesie sprechen, und dadurch dann auch die Diagnose genauer begründen. Es darf dabei nicht ausser Acht gelassen werden, dass der Gebrauch des Aesthesiometers oft durch ein besonderes geistiges Verhalten der Hysterischen unmöglich gemacht wird. Einzelne, wie M. . ., sind in Folge eben dieser Eigenschaft, unfähig, überhaupt zwei Empfindungen gleichzeitig in sich aufzunehmen. In einem solchen Fall ist dieses geistige Merkmal für die Diagnose ausreichend.

[1]) *A. Souques:* Untersuchungen über hysterische Symptomencomplexe, welche organische Rückenmarkserkrankungen vortäuschen, 1891, 201.

Ich will hier nicht näher auf die halbbewussten Tastempfindungen eingehen, denn sie wurden im allgemeinen Theil bereits besprochen, dagegen will ich bei einem merkwürdigen Folgezustand der unvollständigen Lähmung der Tastempfindung (Hypästhesie) stehen bleiben.

Die Localisation der Empfindungen hängt, kurz gesagt, zum grossen Theile von der Klarheit und Feinheit des Tastgefühles ab. Jede Hautstelle liefert der Psyche eine eigenartige Empfindung, die eine „Färbung“ hat wie sie gerade diesem Punkt entspricht und in gleicher Weise an einem andern Punkte nicht vorkommt. Jede auf Erregung eines Punktes der Körperoberfläche beruhende Empfindung wird zu einem besonderen Zeichen, welches uns, durch die eingeübte Verbindung, die Vorstellung des entsprechenden Körpertheiles hervorruft. Sind nun diese Empfindungen nebelhaft und unklar, so bilden sie unbrauchbare Signale, die sich durch einander mengen und nicht im Stande sind eine klare Vorstellung der von aussenher erregten kleinen Körperstelle hervorzurufen. So ist auch die Empfindungslocalisation bei den unterempfindlichen Kranken sehr ungenau und sie sind z. B. nicht im Stande, mit dem Finger genau eine gestochene Stelle zu bezeichnen oder verwechseln zwei benachbarte Sinneseindrücke, wie man es oft bei Anwendung des Aesthesiometers sieht.

Diese Unsicherheit zeigt sich öfter als man glaubt, in einer bestimmten Form, deren Studium besonders lehrreich ist. M..., deren Krankengeschichte ich in der Gesellschaft für physiologische Psychologie mitgetheilt habe,[1]) ist seit Jahren vollkommen anästhetisch. Unter gewissen Umständen, besonders nach lang dauerndem Somnambulismus, ist ihr Bewusstsein durch einige Zeit für Tastempfindungen aufnahmsfähig, wenn auch in sehr unvollkommener Weise. Manchmal scheint die Sensibilität unter der verschwommenen Form eines schmerzlichen oder peinlichen Gefühls von unbestimmtem Charakter wiederzukehren. Die Empfindungen sind vollkommen unklar; Wärme, Kälte oder ein in die Hand gelegter Gegenstand erzeugen bei ihr in gleicher Weise eine unklare, peinliche Empfindung, über welche die Kranke sich keine Rechenschaft geben kann. Jedenfalls ist es sicher, dass die Kranke in einem solchen Moment kein Localisationsvermögen besitzt, denn sie weiss weder, wo man sie sticht, noch, wo man sie berührt.

Aber es kann auch vorkommen, dass die Sensibilität für einige Zeit einen höhern Grad erreicht. M... fühlt dann überall deutlich und kann klar genug die einzelnen Empfindungen unterscheiden; sie er-

[1]) „Eine Störung in der Localisationsfähigkeit für Empfindungen“. Société de psych. phys. 31. März 1890. Revue philosophique 1890, II., 659.

kennt dann Kälte, Wärme, Kneifen, Stechen, sowie einen in die Hand gelegten Gegenstand etc. Sie zeigt auch einen bemerkenswerten Fortschritt in der Localisation. Sie bezeichnet ganz richtig, Schulter, Arm, Handgelenk, Knie, Fussknöchel, als Stellen, wo ich sie berührt habe. Diese Empfindungen und ihre Localisation vollziehen sich sehr mühsam, mit verspäteter Reaction, aber doch genug deutlich. Aber auch in diesem Augenblick, und darauf lege ich besonderes Gewicht, kann sie trotz Empfindung und Localisation absolut nicht die beiden Körperhälften von einander unterscheiden. Sie bemerkt, dass ich ihr das Handgelenk steche. Auf meine Frage, ob rechts oder links, erklärt sie, dies nicht zu wissen. Dränge ich auf Auskunft, so antwortet sie ganz planlos, und irrt sich fast immer. Ich bitte sie nun, ohne darauf zu schauen, mit dem Finger die gekniffene Körperstelle zu bezeichnen, Sie sucht nun nach der Stelle, ist aber unschlüssig, welche Seite sie berühren soll. Sie entscheidet sich schliesslich und berührt planlos entweder den richtigen Punkt, den ich an der Brust gekniffen habe, oder den symmetrischen Punkt der andern Körperhälfte.

Diese Verwechslung der beiden Körperhälften gilt auch für den Muskelsinn. Sie weiss es nicht, was ich am rechten oder linken Arm berührt habe, obwohl sie sich darüber klar ist, dass es der Arm, und nicht etwa das Bein ist. Indessen gibt es Bewegungen, die sie besser unterscheidet. Lässt man sie die Bewegung des Nähens machen, so unterscheidet sie die beiden Hände und sagt, dass die eine flinker sei, als die andere. Eine andere Kranke derselben Art, Cath. . ., schickte sich stets an das Kreuzzeichen zu machen, wenn sie die rechte und die linke Hand von einander unterscheiden wollte.

Wenn auch nicht alle, so haben doch gewisse Muskelempfindungen ihre Unterscheidungszeichen bewahrt. Auch für die Gesichtsempfindungen besteht diese Verwirrung. M... hat beide Augen offen, ich nehme nun eine ihrer Hände und halte sie ihr vor die Augen und frage sie, ob es die rechte oder linke ist. Sie bittet mich darauf, nachsehen zu dürfen, ob die Hand einen Ring trägt, denn dann wäre es die rechte Hand. Sie erkennt ihre Hände an diesem äusserlichen Zeichen, dem Vorhandensein oder Fehlen des Ringes. Sie ist mit einem Worte, trotz Empfindung und Localisation in der verticalen Richtung des Körpers, gänzlich unfähig, die beiden Körperhälften von einander zu unterscheiden.

Es ist unnöthig, einen neuen Namen für diese Erscheinung zu suchen, man kann sie mit dem bekannten Namen Allochirie bezeichnen. Denn die Verwechslung beider Körperhälften steht in Beziehung zu der gewöhnlich unter diesem Namen bezeichneten

Erscheinung. Um aber eine Unterscheidung von der vollständigen, gleich zu besprechenden Allochirie zu machen, schlage ich vor, den bei M... beobachteten Zustand als einfache Allochirie zu bezeichnen. Wie soll man sich nun diese Dinge zurechtlegen?

Ich glaubte anfangs, dass die Unfähigkeit der Kranken M. . ., die Hände durch den Gesichtssinn zu unterscheiden, auf einer Sehstörung beruhe. Doch jetzt ist meine diesbezügliche Ueberzeugung thatsächlich erschüttert. Wenn wir nämlich unsere Hand nur mit Hilfe des Gesichtssinns betrachten, so befinden wir uns in der Lage eines Anfängers in der Anatomie, der den rechten vom linken Humerus zu unterscheiden trachtet. Er bringt dies nur so zuwege, dass er den Knochen sich, als in einem gegenüberstehenden Körper befindlich vorstellt, und dessen Glieder mit den eigenen, ihm bekannten, vergleicht. Durch diese mit Hilfe des Tastsinns bereits erworbene Kenntnis der beiden Körperhälften, ist der Gesichtssinn im Stande sie zu unterscheiden. Man erkennt seine linke Hand daran, dass bei der Pronation der Daumen nach innen und der kleine Finger nach aussen steht. Würden wir nun unsere Körperhälften nicht zu unterscheiden verstehen, so gäbe es keine Mittellinie, kein Innen und Aussen. Die Unterscheidung durch die Tastempfindung bietet hier die Grundlage und ihre Mangelhaftigkeit führt bei M. . . zu den beobachteten Erscheinungen.

Schwer zu begreifen ist der Umstand, dass der Tastsinn bei ihr unverändert erschien. Sie erkannte ganz gut die in ihre Hand gelegten Gegenstände und unterschied auch die Abstufungen der Empfindung, indem sie einen Stich in den Daumen nicht mit einem Stich ins Handgelenk verwechselte. Wir müssen hier nothgedrungen eine wenig bekannte psychologische Erfahrung herbeiziehen, die, wie ich glaube, für die Pathologie der Hysterie von grosser Bedeutung ist. Wir wollen der Kürze halber jene Empfindungen als symmetrische bezeichnen, die durch Erregung symmetrischer Körperstellen erzeugt werden. Zwei symmetrische Empfindungen müssen uns als schwer unterscheidbar, d. h. sehr ähnlich vorkommen. Es ist gewiss viel leichter einen Stich in die Hand von einem Stich in das Handgelenk zu unterscheiden, als einen Stich in die rechte Hand von einem Stich in die linke Hand. Die Hysterie, durch die wir so viel über die Abstufung und Verbindung der Empfindungen gelernt haben, gewährt uns, besonders durch die einfache Allochirie, einen Einblick in die Aehnlichkeit der symmetrischen Empfindungen.

Aber die Dinge können sich unglücklicher Weise schwieriger gestalten, indem z. B. bei M. . ., wie auch bei anderen Kranken zeitweise an Stelle der einfachen Allochirie die complete Allochirie

tritt. M. . . zeigt dann eine grössere Sensibilität als vorher und man erwartet, dass sie nun besser localisiren wird. Thatsächlich verliert sich auch ihr Zögern, sie kann nun ihre beiden Körperhälften unterscheiden und gibt klare Antworten; diese sind aber durchaus unrichtig. Ich gebe ihr eine Feder in die Hand, und fordere sie auf, damit jene Körperstellen zu bezeichnen, wo ich sie steche. Sie kommt dieser Aufforderung sofort nach, bezeichnet aber stets den symmetrischen Punkt der entgegengesetzten Seite. Sie deutet z. B. auf die rechte Schulter, wenn ich die linke gestochen habe, auf den linken Arm, wenn ich den rechten gestochen habe. Es liegt hier keine Suggestion vor, sie zeigt nämlich dies Verhalten schon sehr lange, wie es schon vor Jahren *Jules Janet* beobachtet hat,[1]) ohne allerdings auf die Sache näher einzugehen.

Ich habe versucht, durch Steigerung der Sensibilität, diese Verwechslung zu beseitigen, nicht aber zu erhöhen. Es handelt sich hier um ein eigenartiges, psychologisches Verhalten, das auch bei andern Störungen eine Rolle spielt. Ich kann zwar die Sache nicht erklären, will sie aber durch eine Reihe von Vorgängen veranschaulichen. Die beiden symmetrischen Empfindungen, D und G, sind sehr ähnlich; während des Stadiums der Unterempfindlichkeit wurden sie nun vertauscht und es gibt, wie gezeigt wurde, zu eben dieser Zeit keine Unterscheidung der beiden Körperhälften. Es hat sich eine Verknüpfung dieser Empfindungen hergestellt, derartig, dass das Vorhandensein von D im Geiste die Vorstellung von G erzeugt und umgekehrt. Ein sensibleres Individuum könnte nun jetzt die eine von der andern unterscheiden, aber in Folge der vorausgegangenen Verknüpfung, treten sie im Geiste nie isolirt, sondern immer aufeinanderfolgend auf. Durch einen Einbildungsvorgang, den ich nicht näher kenne, möglicherweise durch das Gesetz, wonach wir der Endempfindung einer Reihe grössere Wichtigkeit zuschreiben und das Signal vergessen. wenn wir die signalisirte Sache selbst besitzen —, vergisst das Individuum die erste, hervorrufende Empfindung D, nimmt sie nicht in sein Bewusstseinsfeld auf und erfasst nur die hervorgerufene Vorstellung G. Diese Vorstellung ist deutlich, wird gut localisirt, entspricht aber nur dem symmetrischen Punkt der Körperseite, wo der Reiz einwirkte.[2])

---

[1]) Autom. psych. 157.

[2]) Ich bedauere, die vorher erschienenen Arbeiten über hysterische Allochirie nicht näher zu kennen. Ich weiss nicht, ob meine Beobachtungen und meine Hypothese mit den bereits gemachten irgendwie übereinstimmen.

Man wird sich vielleicht wundern, dass ich bei dieser anscheinend geringfügigen Sache mich so lange aufhalte, es wird sich aber bei Besprechung des Capitels der Bewegung zeigen, dass sie unter verschiedenen Verhältnissen von Bedeutung ist. Unerlässlich ist aber ihre Kenntnis bei der Erforschung eines Vorganges, der bei den Beobachtern lebhaftes Interesse erregt hat — wir meinen den Transfert.

6. *Anästhesie der speciellen Sinnesorgane.* — Ich übergehe hier die Anästhesie des Geschmack-, Geruch- und Gehörsinnes, deren Eigenthümlichkeiten bekannt sind, mit Stillschweigen. Namentlich die letzt erwähnte ist sehr selten und dabei immer einseitig.[1]) Man weiss es auch, das diese Anästhesien mit dem Fortbestehen der halbbewussten psychischen Vorgänge zweifellos vereinbar sind. Obwohl Witm. . . vollständige Anästhesie des linken Ohres zeigt und bei verstopftem rechtem Ohr anscheinend nichts hört, so führt sie doch Verbalsuggestionen unbewusst sehr genau aus.

7. *Anästhesie des Gesichtssinnes.* — Die Störungen des Gesichtssinnes bilden den Gegenstand bekannter und bemerkenswerter Arbeiten, es ist daher nicht am Platze, sie in ihrer Gesammtheit zu besprechen. Ich will daher hier nur auf einen bestimmten Punkt, der mich immer lebhaft interessirte, die Einschränkung des Gesichtsfeldes, näher eingehen. Das Gesichtsfeld ist etwas Zusammenhängendes, eine geordnete Reihe gleichzeitig erfasster Empfindungen und verhält sich in diesem Sinne, wie das Bewusstseinsfeld, indem seine Einschränkung in analoger Weise stattfindet. Die centrale Empfindung, um welche sich die andern anreihen, und die auch am stärksten ins Bewusstsein tritt, entspricht, dem Fixationspunkte. Sie ist, von Ausnahmsfällen abgesehen, die deutlichste Gesichtsempfindung.

Es ist daher natürlich, dass das aus psychischen Ursachen eingeschränkte Gesichtsfeld in Kreisform diesen Mittelpunkt umgibt, wie man es thatsächlich regelmässig bei allen sehr eingeengten Gesichtsfeldern sieht. Das weniger eingeschränkte Gesichtsfeld, ist — wie ich glaube — nicht kreisförmig, sondern mehr dem ebenfalls nicht kreisförmigen Normalgesichtsfeld in der Form ähnlich. Die Ausnahmen von diesem Gesetz müssen sorgfältig studirt werden, um zu ersehen, ob sie nicht von irgend welcher nebenhergehenden „fixen Idee“ abhängig sind. *Briquet* machte die wie ich glaube sehr bestätigungsbedürftige Angabe, dass die Hemianopsie bei Hysterie etwas Alltägliches sei.[2]) *Pitres* nimmt an, dass bei Hysterie, die — wohlverstanden — nicht

[1]) *Pitres:* Op. cit., I., 93.
[2]) *Briquet:* Op. cit, 294.

mit Gehirnläsion verknüpft ist, centrales Scotom und laterale Hemiopie vorkommt.[1]) *Féré* und andere Beobachter verneinen das Vorhandensein derartiger Formen bei der Hysterie. Wir wollen nun in diesem Streit keine Partei nehmen, andererseits an einer Erscheinung nicht deshalb zweifeln, weil sie mit unsern psychologischen Begriffen nicht in Einklang steht. Wir wollen nur daran festhalten, dass bei etwa hundert Kranken, deren Gesichtsfeld wir unter verschiedenen Verhältnissen aufnahmen, niemals derartige Formen beobachtet wurden.

Das Gesichtsfeld ist, wenn auch nahezu immer concentrisch, so doch in seiner Ausdehnung grossen Schwankungen unterworfen. In seiner Erweiterung und Einengung schliesst es sich innig an die im

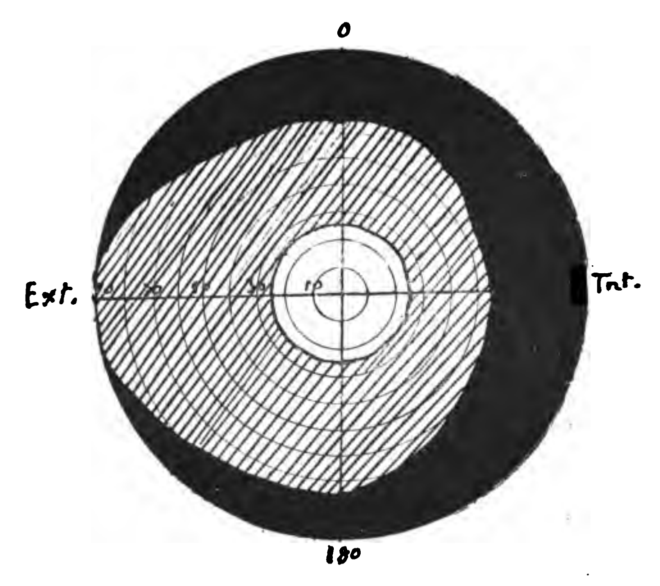


Fig. 5.

Geiste vorgehenden Veränderungen an und stellt so, wenigstens bei einzelnen Kranken, das Barometer ihres Zustandes vor. Zunächst seien jene Umstände erwähnt, die zur Erweiterung des Gesichtsfeldes führen. Vor allem ist es der somnambule Zustand — wie wir bei Besprechung der andern Sinnesfunctionen bereits erwähnt haben —, der das Gesichtsfeld zuweilen ganz ausserordentlich erweitert; bei Bertha von 5° auf 90°, bei Marie von 40° auf 80°, bei Margarethe von 35° auf 60°, bei Fernande von 40° auf 60° etc.[2])
Diese Erweiterung kann fortbestehen, wenn der

[1]) *Pitres:* Op. cit., I., 98.

[2]) Die Ziffer, die für sich allein die Grösse des Gesichtsfeldes ausdrückt, bezeichnet den relativ grössten äussern Winkel.

somnambule Zustand in die Länge gezogen wird, oder zurückgehen, wenn man die Kranke sich selbst überlässt, ohne irgend welche Erregung auf sie einwirken zu lassen. Bertha geht nach zweistündigem somnambulen Zustande von 90° auf 60° herab. Die Erweiterung besteht manchmal noch fort, wenn der Somnambulismus schon vorüber ist. M. . . zeigt vor dem Einschläfern 9°, nach dem Erwachen 20°. Durch Einwirkung der Suggestion kann eine weitere Vergrösserung des Gesichtsfeldes erzielt werden. M. . ., die sonst 20° zeigt, hat unter solchen Verhältnissen, nach dem Erwachen 40°. Auch andere Erregungen physischer oder psychischer Art üben einen ähnlichen Einfluss aus. Cl. . . hat für gewöhnlich am linken Auge 20°, erzeugt man aber bei ihr

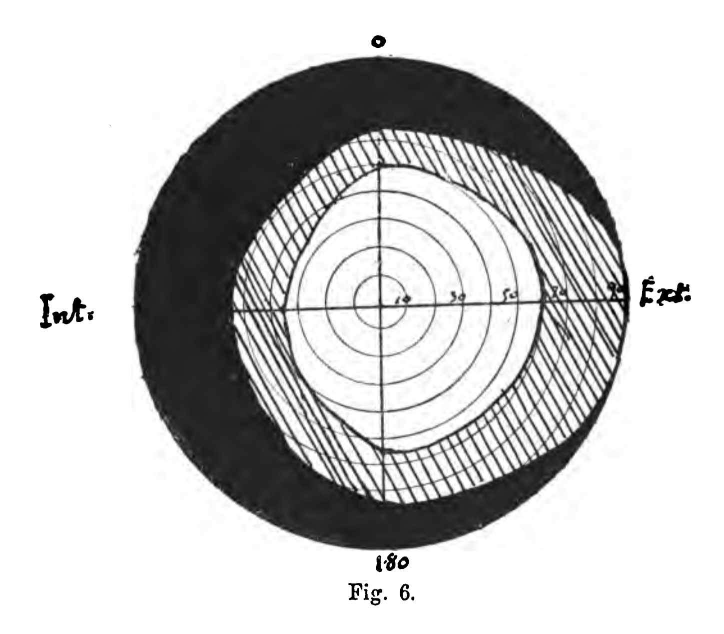


Fig. 6.

einen Aetherrausch, so beträgt ihr linkes Gesichtsfeld 40°. *Parinaud* hat gezeigt, dass das Oeffnen des gesunden Auges oft genügt um das Gesichtsfeld des amblyopischen Auges von 10° auf 20° zu steigern.[1])

Die Empfindungen des gesunden Auges erwecken durch eine bereits vorhandene Association im Personalbewusstsein die Empfindungen des bei Seite gelassenen Auges.

Noch zahlreicher sind die Einflüsse, welche das Gesichtsfeld einschränken, und vor allem sind es die Schwächezustände jeder Art, die hier wirksam sind. Maria, die gewöhnlich ein Gesichtsfeld von 40° hat.

---

[1]) *Pitres:* Op. cit., I., 104.

zeigt während der Menstruation nur eines von 20°. Eugenie geht nach zwei geringfügigen Anfällen von 70° auf 30° herab, nach einer schlaflosen Nacht von 70° auf 40°. *Charcot* bemerkt, dass ein Kranker Namens Porcz, dessen Gesichtsfeld anfangs normal erschien, nach einem ermüdenden Spaziergang ein eingeengtes Gesichtsfeld hatte. Dasselbe gilt auch für Einflüsse psychischer Natur.

Die Ermüdung, selbst die im Verlauf der Untersuchung des Auges sich einstellende, führt zur Einengung des Gesichtsfeldes[1]) und verleitet den Arzt zum Glauben, dass die Verminderung sehr gross sei.[2]) D. hat bei rascher Untersuchung 55°, bei einer zehn Minuten dauernden Untersuchung, geht sie auf 25°. Voreingenommenheit, Erregungszustände, vor Allem aber das Vorhandensein fixer Ideen im Geist des Individuums, engen das Gesichtsfeld ein, und ich habe bereits erwähnt, dass man bei Justine und Maria schon durch die Aufnahme des Gesichtsfeldes ihre fixen Ideen erschliessen konnte.

Zum Schluss scheint nur noch ein Vorgang besonders wichtig für die Psychologie und einer genauern Klarlegung wert. Ich besprach einmal mit einem meiner ersten Lehrer, *Gibert*, die Diagnose der Hysterie bei einer Kranken, deren somnambulen Zustand wir untersuchten. Ich sagte zu *Gibert*: „Ich habe das Gesichtsfeld untersucht und für jedes Auge 15° gefunden." „Das ist unmöglich" erwiederte er, „ich habe bei oberflächlicher Untersuchung das Gesichtsfeld normal befunden." Dieser Widerspruch machte mich betroffen und ich suchte mir über die Möglichkeit seiner Entstehung Rechenschaft zu geben. Die Dinge verhielten sich nämlich folgendermassen: Zur raschen Untersuchung benützte ich früher das tragbare Perimeter von *Azoulé*, einen einfachen Kreisbogen aus Holz, den ich im Mittelpunkte mit der linken Hand festhielt. Das Individuum, das ich schon oft hypnotisiert hatte, lenkte seine Aufmerksamkeit — wie gebannt — auf meine Hand und zeigte ein Gesichtsfeld von 15°. Benützte ich nun einen weniger einfachen, auf einem Träger festsitzenden Apparat, so betrachtete das Individuum den Mittelpunkt mit geringerer Aufmerksamkeit und zeigte ein — wenn auch keineswegs normales — so doch wesentlich grösseres Gesichtsfeld. Ich schloss daraus, dass die Beschaffenheit des Fixationspunktes und der Grad der zugewendeten Aufmerksamkeit für die Ausdehnung des Gesichtsfeldes von grosser Bedeutung sei.[3])

[1]) *Charcot:* „Nervenhrankheiten". III., 324.

[2]) *Gilles de la Tourette:* Op. cit., 336.

[3]) Ich habe bereits diese Thatsachen auf dem Congresse für physiologische Psychologie im Jahre 1889 mitgetheilt. Es freut mich, zu erfahren, dass mein Freund *Séglas* seither in unabhängiger Weise, ohne diese erste Mittheilung zu kennen, zu den gleichen Ergebnissen gelangt ist.

Auf dieser Grundlage habe ich eine Reihe von nachstehend beschriebenen Untersuchungen ausgeführt. Ich befestige im Mittelpunkt des Apparates ein Stückchen Papier, auf dem, je nach dem Fall, einige kleingeschriebene Zeilen oder einige Zahlen sich befinden. Ich bringe nun den Kranken in die zur Gesichtsfeldmessung geeignete Stellung, schliesse ihm ein Auge und ersuche ihn, nicht nur aufs Centrum zu blicken, sondern auch die Zeilen zu lesen oder im Kopf eine arithmetische Operation mit den aufgeschriebenen Zahlen auszuführen. Ist nun die Aufmerksamkeit auf diese Arbeit gelenkt, was gewöhnlich erst nach einigen Augenblicken der Fall ist, so führe ich das Stäbchen welches einen kleinen, weissen Gegenstand trägt, auf dem Perimeter von der Aussenseite des untersuchten Auges gegen das Centrum zu und bleibe dann für einige Zeit bei einem Punkte stehen, von dem ich weiss, dass er im Gesichtsfelde des Kranken vorhanden ist z. B. bei 40°. In diesem Moment lenke ich den Untersuchten von seiner Arbeit ab und frage ihn, ob er die Fortbewegung des Zeichens am Bogen gesehen hat. Je nach seiner Antwort, beginne ich wieder das gleiche Verfahren unter den gleichen Bedingungen, wobei ich das Signal entweder dem Mittelpunkte näher rücke, oder von ihm entferne. Man kann auf diese Weise das Gesichtsfeld des Kranken während der Fixation seiner Aufmerksamkeit bestimmen.

Bei der Mehrzahl der gesunden Menschen wird das Gesichtsfeld durch die vorhin erwähnten Einflüsse nicht verändert; bei einzelnen allerdings kann eine Einschränkung von 5°—10° eintreten. Bei den Hysterischen, so wie überhaupt bei Kranken, deren Aufmerksamkeit sich verändert hat, erzeugt das Verfahren überraschende Einengungen.

Margarethe, deren Gesichtsfeld gewöhnlich 40° beträgt, zeigt nicht mehr als 10°. Maria hat ein Gesichtsfeld von schwankender Ausdehnung, aber ob dasselbe im Moment der Untersuchung grösser oder kleiner ist, so wird es durch die Concentration der Aufmerksamkeit immer eingeengt, von 80° auf 20°, von 65° auf 30°, von 30° auf 15°. Justine hat unter gewöhnlichen Verhältnissen, das Vorhandensein fixer Ideen ausgenommen, ein normales Gesichtsfeld, unter den vorerwähnten Bedingungen aber geht sie von 90° auf 30°. Bertha hat gewöhnlich ein Gesichtsfeld von 5°. Durch Erregung, besonders aber im somnambulen Zustand verschwindet die Einengung und das Gesichtsfeld beträgt 90°. Verlangt man aber während dieser künstlich erzeugten Zustände, von ihr eine Anspannung der Aufmerksamkeit für Gesichtswahrnehmungen, so engt sich das Gesichtsfeld sofort auf 5° ein. Mit einem Worte, bei diesen geschwächten Kranken wird in der Mehrzahl der Fälle durch die angespannte Aufmerksamkeit der Gesichtswahrnehmung eine bedeutende Einengung des Gesichtsfeldes erzeugt.

Diese Feststellung ist nicht ohne Interesse; sie liefert vom klinischen Standpunkte aus ein diagnostisches Element und ermöglicht es, das wichtige hysterische Symptom, die Einschränkung des Gesichtsfeldes zu finden, wenn es auch nicht direct zu Tage liegt. Bei Justine und Bertha ist in den erwähnten Fällen das Gesichtsfeld anscheinend normal. Durch diesen Kunstgriff gelingt es, die in gewissem Sinn verborgen gebliebene Einengung festzustellen. Vom psychologischen Standpunkt aus führt das Studium dieser Thatsache zum Verständnis des Wesens und der krankhaften Störungen der Aufmerksamkeit. Die Erscheinungen der Aufmerksamkeit hängen nicht ausschliesslich von Bewegungen ab, wie man glaubte, denn die Gesichtsfeldeinengung kann nicht auf diese bezogen werden. Man sieht, dass die Macht der „Ich"-Wahrnehmung, wenn sie herabgesetzt ist, sich nicht auf einen Punkt concentriren kann, wenn sie nicht die andern im Stiche lässt. Schliesslich ist auch die Möglichkeit vorhanden, die Anspannung der Aufmerksamkeit — als synthetische Thätigkeit — festzustellen. Denn der Grund für die periphere Einengung des Gesichtsfeldes ist darin zu suchen, dass im Mittelpunkt eine Reihe von Einzeldingen erfasst werden muss.

Ohne auf die rein psychologischen Fragen näher einzugehen, begnüge ich mich hier mit der Bemerkung, dass die Untersuchung der einzelnen Formen der Anästhesie, besonders des Gesichtsfeldes unsere allgemeinen Anschauungen durchaus bestätigt hat. In allen diesen Fällen, selbst im letztgenannten, sind die Empfindungen nicht gänzlich verloren gegangen, sie liegen einfach unterhalb der Schwelle des Bewusstseins, nachdem sie das Bewusstseinsfeld verlassen haben.[1]) Die Einengung des Gesichtsfeldes kann als Wahrzeichen des ganzen hysterischen Empfindungslebens betrachtet werden. Die „Ich"-Wahrnehmung, das Bewusstsein, das wir selbst von den erfassten Dingen besitzen, ist hier weniger ausgedehnt. Es ist nicht mehr möglich die normale Menge der für gewöhnlich erfassten Thatsachen zu vereinigen. Es ist dies aber nur eine einfache Darstellung der Verhältnisse. Weitere Studien werden uns darüber wohl genauer belehren, ob die Einschränkung des Bewusstseinsfeldes von irgend welcher fixen Idee abhängt, oder eher als primär und auf einem allgemeinen Erschöpfungszustand beruhend, aufzufassen ist.

[1]) Diese Auffassung der hysterischen Anästhesie wurde bereits durch eine Anzahl interessanter Arbeiten gestützt, auf die wir hier mit Befriedigung hinweisen. Ausser den bereits angeführten Arbeiten von *Binet* und *Onanoff* sei hier auf die Arbeit von *Dr. Max Dessoir*: „Das Doppel-Ich", Schriften der Gesellschaft für exp. Psychologie in Berlin, Mai 1889. hingewiesen. Ferner vgl. *P. Blocq* und *J. Onanoff* „Semiotik und Diagnostik der Nervenkrankheiten" 1892, 199 und den Aufsatz von *P. Blocq* „Die hysterischen Stigmata", Gaz. des hôp. 23 Jänner 1893.

Zweites Capitel.

Die Amnesien.

Die Untersuchung des Gedächtnisses und seiner krankhaften Veränderungen gehört zu den wichtigsten Problemen, sowohl der normalen, als auch der pathologischen Seelenkunde.[1])

Man kann es als feststehend, betrachten, dass eine grosse Anzahl von Störungen des Verstandes, der Thatkraft, des Charakters, selbst des Bewegungsvermögens in letzter Linie auf Erkrankung des Erinnerungsvermögens beruhen. Bei den Hysterischen namentlich sind die anscheinend fernliegendsten Vorkommnisse, wie ihre Launenhaftigkeit, die grosse Zugänglichkeit für Suggestionen, sowie die Lähmungen in letzter Linie von Gedächtnisstörungen abhängig. Ein genaues Studium dieser Geistesfunction wäre im Stande, uns über viele Erscheinungen der Geisteskrankheiten Aufschluss zu geben. Leider ist eine derartige Arbeit gegenwärtig unendlich schwer durchzuführen, wenn nicht unmöglich. Man möge nur versuchen, die verschiedenen Arten der Amnesie nach logischen Principien zu ordnen und man wird sehen, in welches Labyrinth von Thatsachen und Beobachtungen man sich verirrt. Das Gedächtnis ist thatsächlich eine sehr complicirte geistige Thätigkeit und jeder seiner Theile kann sich verändern und mittelbar auf die andern seinen Einfluss ausüben. Von diesen Schwierigkeiten überzeugt, werde ich die Amnesien nicht in ihren Einzelheiten untersuchen, wie ich es bei der Anästhesie versucht habe, sondern mich damit begnügen, die grundlegenden Thatsachen, soweit es geht, dem Verständnisse näher zu bringen.

§ 1. Beschreibung und Eintheilung.

Bei der Beschreibung der hysterischen Amnesie muss, meiner Ansicht nach, ein vielleicht etwas überraschendes Merkmal in erste

[1]) Dieses Capitel entspricht einer mit Nachträgen versehenen Vorlesung, die am 17. März 1892 in der Salpêtrière gehalten wurde. Arch. de neurol. Juli 1892. II., 29.

Reihe gestellt werden. Die Amnesien sind nämlich sehr häufig und kommen in ihren verschiedenen Formen beinahe ebenso oft, als die hysterischen Anästhesien, zur Beobachtung.

Briquet hob bereits hervor, dass bei den Hysterischen neben der beträchtlich verringerten Fähigkeit, die Aufmerksamkeit in bestimmte Bahnen zu lenken, auch das Gedächtnis herabgesetzt ist, und selbst ganz fehlen kann. Er beobachtete eine Kranke, bei der die Amnesie einen derartigen Grad erreicht hatte, dass sie die Zeitmasse nicht erfasste, und die Ereignisse von gestern ihr nicht näher zu liegen schienen, als die vor Jahren stattgehabten. Auch hebt er die grosse Häufigkeit dieser Gedächtnisstörung hervor.[1] *Charcot* hat dieselbe Thatsache wiederholt nachdrücklich hervorgehoben und bemerkt, dass die Amnesie der Hysterischen, welche Opfer eines Unfalles geworden sind, sich nicht nur auf die mit dem Unglücksfalle zusammenhängenden Ereignisse, sondern auch auf die gegenwärtigen erstreckt.[2] Er weist auch auf die irrthümlichen Auslegungen, die oft dieser Vergesslichkeit gegeben werden, hin. „Dieser Kranke — sagt er — wurde nahezu immer von den Hospitälern als Simulant abgewiesen, und es ist richtig, dass er sich in seinen Erzählungen oft widerspricht, manchmal vielleicht auch lügt. Man muss sich aber auch von diesem noch nicht gründlich erkannten Geisteszustand Rechnung geben, der bei der männlichen Hysterie besonders häufig ist, und bei dem auch die zeitweilige Amnesie eine grosse Rolle spielt. In seinen Erzählungen ist gewiss Wahres und Falsches durch einander gemengt, aber es ist, wie ich schon einmal sagte, Aufgabe des Arztes, das Richtige herauszusuchen und nicht ohne eine eingehendere Untersuchung, auf den ersten Eindruck hin zu verurtheilen.“ [3]

Diese Dinge werden jeden Tag von Neuem bestätigt. *Gilles de la Tourette*,[4] *Souques* u. A. weisen auf eine besondere Schwierigkeit, auf die man bei der Untersuchung Hysterischer stösst, hin. Ihre Erzählungen sind unaufhörlich, unvollständig und widersprechend, sie erzählen morgen die nach ihrem Dictat geschriebenen Beobachtungen, anders, als heute. Es ist unmöglich, ihren Berichten soweit Vertrauen zu schenken, dass man daraus ihre Lebens- und Krankheitsgeschichte aufbauen könnte.

Zahllose Kleinigkeiten, die man entdeckt, wenn man ihr Benehmen im Krankenhause beobachtet, sind geeignet, diese Schluss-

[1]) *Briquet:* Op. cit., 519.
[2]) *Charcot:* Nervenkrankheiten, III., 401.
[3]) *Charcot:* Dienstagsvorlesungen an der Salpêtrière. 1887, 297.
[4]) *Gilles de la Tourette:* Op. cit., 552.

folgerungen zu bekräftigen. Viele Kranke weinen und klagen beim Eintritt in die Salpêtrière, wenn sie daran denken, dass sie fern von den Verwandten, allein im Hospital leben müssen. Nach wenigen Tagen ist alles vorüber, sie haben alle Klagen vergessen und glauben — wie sie sagen — seit Monaten im Hause zu sein. Viele von diesen Kranken sind in Folge ihrer Vergesslichkeit und andauernden Zerstreutheit unfähig zu arbeiten oder irgend einen Dienst zu verrichten. Lässt man sie einen Auftrag ausrichten, so kehren sie nach einigen Stunden unverrichteter Dinge zurück, nachdem sie den Zweck ihrer Sendung vergessen haben. Eine Kranke z. B. ist gegen mich ärgerlich und macht mir in mehr weniger höflichem Ton ganz haltlose Vorwürfe. Kurze Zeit darauf sah ich mich in die Lage versetzt, gegen sie ein weniger freundliches Wesen zu zeigen. Sie ist darüber sehr erstaunt und fragt mich ganz beunruhigt, was ich gegen sie habe; denn sie hatte nämlich den kurz vorher stattgehabten Auftritt vergessen. Mit einem Worte, ob man sie über ihr Leben im Krankenhaus, oder ihre Vergangenheit befragt, oder sich erkundigt, was sie tags vorher oder früh gethan haben, oder für Nachmittag vorhaben, man wird immer einzelne Kranke finden, die keine Antwort geben. Sie leben in den Tag hinein, kaum im Stande, wie wir gesehen haben, die gegenwärtigen Vorkommnisse zu erfassen und oft gänzlich unfähig, die Ereignisse der Vergangenheit oder ihre Vorstellungen über die Zukunft sich zu versinnlichen.

Diese andauernde Vergesslichkeit muss genau gekannt sein, denn ohne sie wäre es unmöglich, das Benehmen der Kranken zu begreifen. Von hier stammen — wie *Charcot* sagte — wenn nicht immer, so doch häufig die vermeintlichen Lügen der Hysterischen. So erklären sich auch in gleicher Weise ihre Launen, ihr Stimmungswechsel, ihre Undankbarkeit, mit einem Wort ihre Unbeständigkeit; denn die Verknüpfung von Vergangenheit und Gegenwart, die dem ganzen Wesen Ernst und Gleichmässigkeit verleiht, hängt zum grossen Theile vom Gedächtnis ab. Auch vom klinischen Standpunkte aus sind diese Bemerkungen wichtig, denn die hysterische Vergesslichkeit, die so oft und in so zahlreichen Formen vorkommt, die sich gleichmässig auf Bewegungen, Handlungen und Gedanken erstreckt, kann, so merkwürdig dies auch scheinen mag, die schwersten Formen des Irreseins vortäuschen, und hier ist gewiss die richtige Diagnose von grösster Bedeutung.

Um die Gedächtnisstörungen der Hysterischen einzutheilen, ist es nothwendig, die angeborene Schwäche des Gedächtnisses, die bei ihnen vorkommen kann, bei Seite zu lassen, da sie nicht zum eigentlichen Krankheitsbild gehört. *Sollier*, der zahlreiche Formen der

Gedächtnisschwäche eingehend beschrieben und auch versucht hat, die zahlreichen Variationen derselben in ein System zu bringen, nennt diese Schwächezustände des Erinnerungsvermögens mit einer älteren Bezeichnung „Dysmnesien".[1]) Die Hysterie kann auch Personen mit wenig entwickelten Geistesfähigkeiten befallen, deren Gehirn von Geburt an, oder durch spätere Zufälle ausser Stande ist, die Erinnerungen festzuhalten. Auf all diese Formen will ich hier nicht eingehen. Das Gedächtnis kann auch feinere Störungen zeigen, die nicht die Erinnerung als solche betreffen, sondern die für gewöhnlich damit in Verbindung stehenden Geistesthätigkeiten. Die Vertheilung der Erinnerungseindrücke kann im einzelnen ungenau sein, während das Gedächtnis selbst erhalten ist, was zur Entstehung eigenartiger Einbildungsvorstellungen führen kann. Derartige Paramnesien,[2]) um einen Ausdruck *Solliers* zu gebrauchen, sind bei Hysterischen sehr häufig, doch ist es hier noch nicht am Platze, näher auf sie einzugehen und so wollen wir uns zunächst mit den Amnesien im engern Sinn, bei denen der Verlust des Erinnerungsvermögens klar und vollständig zu Tage tritt, beschäftigen.

Ich bin geneigt, bei den Amnesien dieselben drei Classen zu unterscheiden, die ich für die Anästhesien angenommen: es sind dies die *systematischen*, *localisirten* und *allgemeinen* Amnesien. Es ist aber hier nothwendig, als vierte Gruppe unter dem Namen der *fortdauernden* Amnesien eine ganz eigenartige, von den vorhergehenden verschiedene Form der Gedächtnisschwäche einzureihen. Die drei erstgenannten Gruppen sind, wie ihr Namen es sagt, als Verlust der Erinnerung zu betrachten, man muss jedoch hiebei bemerken, obwohl es scheinbar überflüssig ist, dass eine Erinnerung nicht verloren gehen kann, wenn sie nicht vorher vorhanden gewesen ist. Die Amnesie bezieht sich also auf die thatsächlichen Erinnerungen, in deren Besitz der Kranke war und über welche er durch einige Zeit verfügen konnte. Es wird sich nun zeigen, dass dieses wichtige Merkmal bei der letzten Gruppe sich nicht vorfindet und dieselbe eben dadurch ihre selbstständige Stellung erhält.

Die *systematischen Amnesien*, die zur ersten Gruppe gehören, sind vielleicht die häufigsten. Die Kranken verlieren dabei nicht sämmtliche Erinnerungen, die sie während eines bestimmten Zeitraumes erworben haben, sondern nur eine bestimmte Kategorie, eine bestimmte Gruppe von Ideen, die zusammen einer Ordnung angehören.

[1]) *Paul Sollier:* „Die Schwächezustände des Gedächtnisses". 1892, 10.
[2]) *Paul Sollier:* Op. cit., 15.

So vergessen sie z. B. alles, was sich auf ihre Familie bezieht oder sämmtliche auf eine bestimmte Person bezügliche Vorstellungen. Eine Frau kann, nach erfolgter Entbindung nicht nur die Geburt des Kindes, sondern auch damit zusammenhängende Dinge, wie den Namen des Gatten, selbst ihre Heirat vergessen, während sie für andere nicht zur Geburt des Kindes in Beziehung stehende Thatsachen die Erinnerung bewahrt. In der Salpêtrière war Monate lang ein an schwerer Hysterie leidendes junges Mädchen, Namens Célestine in Behandlung. Da diese Kranke mir Interesse einflösste, so beschäftigte ich mich seit ihrem Eintritt nahezu jeden Tag mit ihr; und so wurde sie auch sehr vertraulich mit mir. Als ich sie eines Tages im Vorbeigehen begrüsste, betrachtete sie mich mit erstauntem Blick, gab mir keine Antwort, und flüsterte ganz leise mit der Krankenwärterin. Natürlicherweise fragte ich diese, was eigentlich Célestine heute habe und was sie auf mich zeigend, eigentlich gesagt hätte. „Es ist nichts", antwortete die Wärterin, „Célestine ist nicht eigentlich krank, aber sie scheint etwas blöde zu werden, sie fragt nur, wer Sie sind und wundert sich, dass ein neu eingetretener Hilfsarzt sie mit ihrem Vornamen nennt und sie überhaupt kennt." Ich glaubte an eine schlechte Laune oder an Scherz, als ich aber die Kranke untersuchte, trat es zu Tage, dass sie nach einem schweren nächtlichen Anfall, wie es oft vorkommt, verworren war und mich vollständig vergessen hatte.

Ihr Gedächtnis für die Ereignisse ihres Spitalsaufenthaltes war augenscheinlich geschwächt; sie erinnerte sich jedoch ganz gut an alle andern Personen und schien nur jede Erinnerung an jene Dinge verloren zu haben, bei denen meine Person im Spiele war. Dieser merkwürdige Zustand des Gedächtnisses würde vielleicht noch einige Zeit gedauert haben; ich war jedoch begierig zu erfahren, ob durch die Erzeugung eines künstlichen Schlafzustandes eine Veränderung in diesem Verhalten entstehen könne. Im somnambulen Zustande verschwand nun diese Störung und erinnerte sie sich an mich, wie gewöhnlich. Nach dem Erwachen, war alles wieder hergestellt und diese merkwürdige systematische Amnesie, die nach einem Anfall aufgetreten war, verschwand gänzlich.

Die Vergesslichkeit erstreckt sich oft auf die Sprache. Abgesehen vom vollständigen Verlust der Sprache und den verschiedenen Formen der hysterischen Stummheit, gibt es Fälle, wo nur bestimmte Worte oder Wortgruppen vergessen werden. G... zeigte nach einer heftigen Aufregung zunächst spontanen nächtlichen Somnambulismus, dann schwere hysterische Anfälle. Interessant ist bei ihr das Bestehen, einer leicht festzustellenden, systematischen Vergesslichkeit. Sie hatte nämlich

drei Jahre in England gelebt, und sie sprach und verstand ganz gut englisch. In der letzten Zeit aber, mit Eintritt der Verschlimmerung im Krankheitsverlaufe, hat sie die englische Sprache vollständig vergessen, so dass sie kein Wort davon spricht oder versteht. Diese Sprachverluste können noch enger begrenzt sein: Bertha z. B. vergisst die Eigennamen, verwechselt sie anfangs mit einander, gebraucht jeden Moment den einen statt des andern, schliesslich vergisst sie dieselben vollständig und nennt jedermann unfreiwillig „Marie".

Justine zeigt motorische Amnesie für gewisse Worte, sie versteht sie zwar, kann sie aber nicht aussprechen. Es ist nothwendig, dass ihr Gatte ihr die Worte deutlich vorbuchstabirt, wobei sie genau auf die Bewegungen seiner Lippen achtet, damit sie den Versuch des Nachsprechens zu Stande bringe. Ist sie allein, so muss sie sich an den Gesichtseindruck der Lippen ihres Mannes erinnern, um die Bewegungen nachahmen zu können.

Sie ist auch bezüglich der Schrift sehr vergesslich und weiss plötzlich nicht mehr, wie man ein Wort schreibt oder wendet eine fantastische Orthographie an, wenn sie das Wort nicht überhaupt ganz übergeht. Es ist unnütz zu bemerken, dass diese kleine Vergesslichkeit in Wort und Schrift, an ganz andere Dinge, als Hysterie, denken lassen kann.

Diese letzterwähnten Beispiele führen uns naturgemäss zu jenen Formen, der Vergesslichkeit, die sich auf die Bewegung beziehen. Die Bewegungen sind, wie man weiss, nichts Anderes, als der äussere Ausdruck gewisser Vorstellungen. Diese je nach dem Individuum wechselnden Vorstellungen werden als Bewegungsvorstellungen bezeichnet und ihr Verlust, der seinem Wesen nach eine wirkliche Amnesie ist, kennzeichnet sich nach aussenhin durch das Auftreten von Lähmung.

Man kann durch Suggestion künstlich Lähmungen erzeugen, welche sich auf ein bestimmtes System erstrecken und den systematischen Empfindungslähmungen analog sind. Ich habe zahlreiche Beispiele davon mitgetheilt[1]) N. . . kann z. B. ihre Hände nicht mehr in Gebetstellung bringen, kann keinen Knoten in einer Schnur anbringen etc. Dasselbe kann auch auf natürlichem Wege geschehen, so dass eine Kranke nicht mehr nähen, die andere nicht ihr Bett zurichten kann. Dieser Verlust der Bewegungserinnerung kann sich auf ein ganz bestimmtes Bewegungsgebiet erstrecken, z. B. auf das Gebiet der Augenbewegung, und ist grösstentheils die Ursache des Zustandes, den man als äussere Augenmuskellähmung der Hysterischen bezeichnet

[1]) Autom. psych. 357.

hat.[1]) Célestine hat z. B. nach einem Anfall die Fähigkeit verloren, die Augen willkürlich nach links zu wenden. Fordert man sie auf, nach links zu blicken, so bleiben die Augen in der Mittellinie stehen. Die wichtigste Form der systematischen Lähmung ist unstreitig jene, welche die Gehbewegungen betrifft. Sie bildet einen wohlcharakterisirten Symptomencomplex, welchen *Paul Blocq* unter dem Namen Astasie-Abasie trefflich beschrieben hat. „Es ist ein Verlust des Zusammenwirkens jener Muskeln, die das Gleichgewicht in aufrechter Stellung und beim Gehen erhalten.“[2]) In gewissen Fällen ist diese Störung keineswegs allein vorhanden, sondern mit fixirten Wahnideen verbunden, welche die Kranken dazu bringen, nur mehr auf den Fussspitzen zu gehen, wie z. B. Rem. . ., welche gleichsam einen Eiertanz aufführte. Meist aber zeigt der Kranke keine fixen Wahnverstellungen, auch keine deutliche Lähmung. Der Kranke kann gewisse Haltungen ausführen, er kann ebensogut auf einem Beine stehen, als auf allen vieren kriechen — er hat nur vergessen, „wie man sich eigentlich beim Gehen benimmt“. Ein merkwürdiger Fall, den *Sèglas* und *Sollier*[3]) berichtet haben, zeigt uns deutlich die Beziehung dieser Bewegungsstörungen zu den Amnesien im eigentlichen Sinne. Die Kranke verliert die Fähigkeit zu gehen, aufrecht zu stehen, zu nähen, erkennt aber auch gleichzeitig nicht ihren Gatten, ihren Sohn, weiss nicht den Wochentag zu benennen, behält nichts, was zu ihr gesprochen wird. Es besteht bei ihr „eine Analogie zwischen den verschiedenen Vorgängen in der geistigen, und jenen in der körperlichen und in zweiter Linie automatischen Sphäre“[4]). Alle diese scheinbar von einander verschiedenen Thatsachen können wohl unter der Bezeichnung „systematische Amnesie“ eingereiht werden.

Die localisirten Amnesien sind noch genauer bekannt, als die vorhergehenden, weil sie in erster Linie die Aufmerksamkeit des Beobachters auf sich lenken. Die Ereignisse, deren Erinnerung verloren gegangen ist, sind durch ein gemeinsames Merkmal verbunden; sie

---

[1]) *Ballet:* Revue de méd. 1888, 337, 513. *F. Raymond* und *E. König:* „Ueber dissociirte Augenbewegungen bei der hysterischen Degeneration“. Annales d'oculistique, Juli 1891.

[2]) *P. Blocq:* „Ueber eine durch Astasie und Abasie gekennzeichnete Krankheitsform“. Arch de neurol. 1888, 43, und: „Die Störungen des Ganges hei den Erkrankungen des Nervensystems“ 1892, 55. *Paul Richer:* „Hysterische Paralysen und Contracturen“. 1892. 54.

[3]) *J. Sèglas* und *P. Sollier:* „Ein Fall von puerperaler Geistesstörung mit Amnesie, Astasie und Abasie“. Arch. de neurologie Nr. 60.

[4]) *Sollier:* „Die Amnesien“. 205.

gehören alle derselben Zeit, demselben Lebensabschnitt der Kranken an. Für gewöhnlich vollziehen sich die Dinge folgendermaassen: Im Anschluss an einen Unfall oder an eine Erregung, bekommt die Hysterische, die sich bis dahin wohl zu befinden schien, einen schweren Anfall. Nach Beendigung der Krise, nimmt die Kranke scheinbar ihr früheres Leben wieder auf; aber die Personen der Umgebung bemerken bei ihr eine gewisse Verschrobenheit in Benehmen und Worten. Beim Befragen sehen sie, dass die Kranke sich an gewisse Abschnitte ihres Lebens nicht mehr erinnert.

In dem einfachsten, aber nicht häufigsten Fall hat die Kranke nur das Hauptereignis, nämlich die Aufregung und den nachfolgenden Anfall vergessen. Dies Verhalten bezeichnet *Sollier* als einfache Amnesie.[1]) Oefter geschieht es, dass die Kranke nicht nur das Hauptereignis, sondern auch den demselben vorangehenden Lebensabschnitt vergisst. Im Krankenhause zu Havre sah ich eine Frau, die von einem derartigen Unfall betroffen wurde. Im Anschluss an einen im November, einige Tage vor ihrem Eintritt ins Krankenhaus, stattgefundenen Anfall, war sie dauernd paraplegisch geworden und hatte alle in den vorangehenden drei Monaten stattgehabten Ereignisse vergessen. Sie erzählte die Einzelheiten ihres Lebens aus der Zeit von Anfang August, konnte aber über die Vorkommnisse während des Septembers und Octobers[2]) keinerlei Aufschluss geben. Manchmal ist der Punkt, bei dem die Amnesie stehen bleibt, deutlich gekennzeichnet. Frau D. . . kann ganz genau die Erreignisse des 14. Juli erzählen, weiss aber nichts von dem, was sich am 15. Juli zugetragen hat. In andern Fällen lässt sich das Datum, bis zu dem die Amnesie zurückreicht, nicht genau fixieren und ist die Erinnerung des Kranken oft lückenhaft. Endlich muss man auch gegen eine, bei der Untersuchung Hysterischer oft vorkommende Schwierigkeit gewappnet sein. Célestine, die im Anschlusse an einen Anfall, eine derartige Periode des Vergessens zeigte, füllte diese Lücke mit eingebildeten Ereignissen aus. Dieses Verhalten wird treffend mit dem Ausdrucke retrograde Amnesie bezeichnet. Ich begnüge mich hier, darauf hinzuweisen, mit der Absicht, bei Besprechung der Erklärungsversuche für die einzelnen Formen der Amnesie darauf zurückzukommen. Schliesslich kann sich auch die Amnesie nicht nur auf die Ereignisse, die der Erregung oder dem Anfall vorausgiengen, sondern auch auf die nachfolgenden Ereignisse

---

[1]) *Sollier:* Op. cit., 158.

[2]) Siehe die Geschichte der unter dem Namen Rosa beschriebenen Kranken in „Autom. psych." p. 93.

erstrecken. Nach einem gewissen, gewöhnlich kurzen Zeitraum, erwacht das Individuum, scheinbar von der Erregung erholt und gesundet, wieder vollständig und nimmt sein gewohntes psychisches Verhalten wieder an; man kann dann feststellen, dass es nicht nur die vorhergehenden, sondern auch die dem Zufall nachfolgenden Ereignisse vergessen hat. Diesen Zustand kann man als „anterograde Amnesie" bezeichnen, denn er bezieht sich auf Ereignisse, die nach der entscheidenden Erregung eingetreten sind. *Sollier* wendet die genauere Bezeichnung „anterograde Reproductionsamnesie"[1]) an. Wir dürfen indessen nicht daran vergessen, dass es sich um eine Erkrankung handelt, die nur die früher, vor dem Augenblick des völligen Erwachens erworbenen Erinnerungen betrifft, aber nicht auf die Aufnahme gegenwärtiger Erinnerungseindrücke einen Einfluss ausübt, denn es handelt sich hier immer um eine localisirte Amnesie.

Sehr oft sind auch diese localisirten Amnesien von geringer Wichtigkeit und auch von kurzer Dauer. Sie erstrecken sich z. B. auf bestimmte Handlungen, die anscheinend auf aussergewöhnliche Weise vollzogen wurden. Gewisse nächtliche Träume, während welcher die Kranke unruhig war und viel sprach, oder den Anfall begleitende Delirien, oder endlich abnorme Zustände, wie sie manchmal nach dem Anfall auftreten, können anscheinend spurlos aus dem Gedächtnisse verschwinden. Diese Thatsachen sind genügend bekannt und ich ziehe es vor, mich hier genauer mit jenen Amnesien zu beschäftigen, die sich auf normale Lebensabschnitte erstrecken. Es ist hier der Ort, einige Zeilen aus einem alten, sehr merkwürdigen Buche zu citiren, das den Doctor *Despine* (von Aix) zum Verfasser hat. Es enthält eine der ersten und meiner Ansicht nach bemerkenswertesten Beschreibungen des Geisteszustandes einer Hysterischen. Es heisst dort: „Manchmal zeigte die Kranke, nach Angabe ihrer Mutter, eine ganz merkwürdige Geistesverfassung, über die sie sich keine Rechenschaft geben konnte. Estella — so hiess die Kranke — las oft oder hörte irgend etwas vorlesen, was sie anscheinend lebhaft interessirte, doch nach wenigen Augenblicken schien die Kleine jede Erinnerung daran verloren zu haben. Man führte sie spazieren (sie war nämlich paraplegisch), sie sah alles, was um sie vorgieng, interessirte sich dafür, sprach auch darüber etc., heimgekehrt schien sie aber alles vergessen zu haben oder zeigte nur Spuren von Erinnerung, die ganz flüchtig und einem verschwommenen Traumbilde ähnlich waren." [2]) Wir waren oft in der

[1]) *Sollier:* Op. cit., 79.

[2]) *Despine:* (d'Aix) „Ueber die Anwendung des thierischen Magnetismus bei der Behandlung der Nervenkrankheiten". 1840, p. 12.

Lage, diese Beobachtung von *Despine* zu bestätigen; gar viele Kranke schienen mit Interesse zu lesen oder zu arbeiten, als man sie aber nach kurzer Zeit darüber befragte, waren sie ausser Stande, über das, was sie eben gethan hatten, irgend welche Auskunft zu geben. *Sollier*, der dasselbe beobachtet hat, ist der Ansicht, dass es sich hier um die abgeschwächte Form eines „secundären Ich-Zustandes“ handelt.[1]) Es ist dies ein sehr wesentliches Merkmal und man muss an dem Gedanken festhalten, dass die Hysterischen eine grosse Neigung zu localisirten Amnesien besitzen. Dadurch werden, wie ich glaube, zahlreiche Vorgänge, die man bei ihnen künstlich hervorrufen kann, erklärt, die nichts Anderes als eine besondere Anwendungsweise dieser andauernden Prädisposition sind.

In ganz ausserordentlich seltenen Fällen kann die *Amnesie allgemein* sein; die Kranke kann, nach einer Reihe von Anfällen oder Schlafzuständen, anscheinend vollständig, alle während der vorangegangenen Lebenszeit erworbenen Erinnerungen verlieren. Es scheint, als wäre sie zum zweiten Male geboren und müsse nun Alles, was sie das erste Mal seit ihrer Kindheit erlernt hat, von Neuem wieder in sich aufnehmen. Ich will bei dieser fremdartigen Form der hysterischen Amnesie nicht stehen bleiben, weil die seltenen Fälle dieser Art, die beobachtet wurden, genügend von mehreren Autoren beschrieben wurden[2]) und weil ich selbst nicht die Gelegenheit hatte, auch nur einen derartigen Fall selbst zu beobachten. Gewisse Kranke mussten von Neuem Lesen und Schreiben lernen, selbst die Aussprache der alltäglichsten Worte musste ihnen beigebracht werden. Man muss thatsächlich — nach einem Ausdruck von *Ribot* — ihre Erziehung wieder von Vorne anfangen. Die berühmten Beobachtungen von *Mortine*, *Granville*, *Sharpey*, *Macnish* etc. sind genügsam bekannt und man findet sie auch überall angeführt. Bedauerlicherweise ist die Beobachtung der Mary Reynolds, die *Weir Mitchell*[3]) mittheilte, weniger bekannt, trotzdem der Fall zu den merkwürdigsten gehört. Mary Reynolds war als Kind anscheinend von guter körperlicher und geistiger Gesundheit; sie war verständig, sanft, dabei eher ein wenig zurückhaltend und traurig Im Alter von 18 Jahren hatte sie einigemale Ohnmachtszustände und hysterische Anfälle. Nach einem äusserst heftigen Anfalle wurde sie unempfindlich, blind und taub. Nach ungefähr fünf bis sechs Wochen kehrten die Sinnesfunctionen schrittweise zurück,

---

[1]) *Sollier:* Op. cit., 199.

[2]) *Ribot:* „Die Erkrankungen des Gedächtnisses“. 1883, 63.

[3]) *Weir Mitchell:* „Mary Reynolds, a case of double consciousness.“ Philadelphia 1889.

doch in diesem Augenblicke verfiel sie in einen tiefen Schlaf von etwa zwanzigstündiger Dauer. Nach dem Erwachen hatte sie alle Erinnerungen eingebüsst und benahm sich wie ein Wesen, das soeben auf die Welt gekommen war.[1]) Aus der Vergangenheit hatte sie nur die Fähigkeit bewahrt, einige Worte instinctiv und ohne ihnen einen Sinn beizulegen, auszusprechen. „Es schien, als ob ihre Augen zum ersten Mal die verschiedenen Gegenstände erblicken". Menschen, Häuser, Felder, Bäume, kurz Alles erschien ihr als etwas gänzlich Unbekanntes. Alles musste man ihr von Neuem beibringen, sie war eben wie ein neugeborenes Kind mit den geistigen Fähigkeiten der Erwachsenen". Es ist hier nicht unsere Aufgabe das Verhalten dieses secundären „Ich"-Zustandes zu ergründen, ich weise hier nur auf dieses ungewöhnliche Beispiel einer allgemeinen Amnesie hin.

Dauerformen der Amnesie. — Alle erwähnten Amnesien waren wie ich bemerkt habe, ein Verlust thatsächlich vorhandener Erinnerungen, die bereits früher erworben waren und in dieser Eigenschaft sich kundgegeben hatten. Die Hysterischen können aber auch eine andere, schwerer wiegende Veränderung des Erinnerungsvermögens zeigen, als die vorgenannten es sind. Die Störung besteht schon bei der Bildung der Erinnerungen und die Kranken können dann in dauernder Weise die Fähigkeit der Erinnerung verlieren. Die Amnesie schreitet fort, sie ist nach *Charcot*[2]) „anterograd" oder nach der Bezeichnung von *Sollier*[3]) „eine anterograde Amnesie der Erinnerungserhaltung". Wenn ich die eingebürgerte Anschauung ändern sollte, so würde ich sagen, dass es sich nicht eigentlich um eine echte Amnesie handelt, i. e. um einen Erinnerungsverlust, eben wegen des Nichtvorhandenseins von Erinnerungen. Es handelt sich hier vielmehr um eine Störung der Begriffsbildung und der Aufmerksamkeit. Da aber das hervorstechendste Merkmal dieser Erkrankung thatsächlich in einem Mangel jener Erinnerungen besteht, wie sie der normale Mensch hätte, werde ich dieses Symptom als Amnesie beschreiben und seinen Aufbau bei Besprechung der Aufmerksamkeitsstörung (Aprosexie) näher untersuchen.

Fast alle Hysterischen zeigen diese Amnesie in einem gewissen Grade. Sie bildet einen grossen Bestandtheil dessen, was gewöhnlich als Zerstreutheit und Unbesonnenheit der Hysterischen aufgefasst wird. A. erinnert sich nicht der Wege, die sie zu machen hat und

---

[1]) *Weir Mitchell:* Op. cit., „To all intents and purposes she was as a being for the first time ushered into the world."

[2]) *Charcot:* „Ueber einen Fall von retro-anterograder Amnesie, wahrscheinlich hysterischen Ursprungs". Revue de médec. 10. Februar 1892. p. 81.

[3]) *Sollier:* Op. cit., 159.

verirrt sich bei der Heimkehr in den Strassen; aus ihrem Dienste wurde sie entlassen, weil sie trotz ihres guten Willens, alle gegebenen Aufträge vergass. Ein Mann, Namens C . . ., begann mit localisirter Amnesie, diese nahm stetig zu und führte schliesslich zu völliger Vergesslichkeit.

Der Kranke gibt an, dass er, wenn er mit jemandem gesprochen hat und dieser fort ist, vergisst, mit wem und was er gesprochen hat. Eine Kranke ist wieder nicht im Stande, ihre Geschäftssachen aufzufinden, denn sie vergisst immer, wohin sie dieselben gelegt hat. Zahlreiche Beobachter haben derartige Thatsachen berichtet.[1])

Zur Erforschung dieses Symptoms müssen Fälle gewählt werden, wo es deutlicher entwickelt ist und zunächst in den Vordergrund tritt. Besonders auffallend trat es bei einer Kranken, Namens Marcelle, von der Abtheilung des Dr. Falret hervor, bei der ich ein wesentliches Merkmal der Hysterie, die Willenslähmung (Abulie) studirte. Hier die Beobachtungen die ich über ihren Verstand und ihr Gedächtnis machte: Auf den ersten Blick glaubt man es mit einer verständigen Person zu thun zu haben; ihr Gespräch ist fliessend, wenn sie nicht etwa eingeschüchtert ist; sie zeigt auch einen gewissen Bildungsgrad und bei bestimmten Dingen, besonders aber wenn es sich um ihren Vater handelt, Feinheit des Urtheils. Machen wir nun den Versuch, ihre Intelligenz mit dem Maasstab zu messen, der gewöhnlich zu diesem Zwecke verwendet wird. Beschäftigen wir uns mit dem, was sie gelernt und von den Dingen ihrer Umgebung aufgefasst hat. Zunächst wollen wir sie aber über ihren Aufenthalt im Krankenhause befragen. . . Nun, hier setzt uns Marcelle durch ihre Unwissenheit in Erstaunen. Sie ist seit einem Jahr im Krankenhause und hat nichts gesehen, nichts begriffen; sie kennt auch kaum die Wärterinnen, die sie pflegen, und hat keinen Begriff von der Rangordnung derselben. Sie hat keinen Kranken bemerkt und hat auch, seit sie im Krankenhause ist, nichts wahrgenommen, — ein Verhalten, das nicht einmal bei einer Blödsinnigen möglich wäre. Sie scheint mit einem Worte die Ergebnisse vergangener, nicht aber noch thätiger Intelligenz aufzunehmen. Diese Form absonderlicher Intelligenz wird durch die folgenden Auseinandersetzungen erklärlich.

„Das Gedächtnis zeigt ein ganz gleichartiges Verhalten; wenn die Kranke die Ereignisse ihrer Vergangenheit erzählt, so sieht man, dass ihre Erzählung klar, genau und eingehend ist, allerdings nur so weit sie sich auf den bis zum fünfzehnten Lebensjahre, in dem die

[1]) *Raymond:* „Ueber Hautanästhesie“. Revue de médicine 1891, 396.

Erkrankung begann, reichenden Lebensabschnitt bezieht. Von diesem Zeitpunkte an werden ihre Erinnerungen spärlicher uud verschwommener; geht man aber über den Zeitpunkt ihres neunzehnten Lebensjahres hinaus, so versiegen die Erinnerungen oder beschränken sich höchstens auf ganz besonders auffallende Ereignisse. Befragt man sie über die letzten Monate, resp. die eben abgelaufenen Wochen, so überzeugt man sich mit Verwunderung, dass vollständiges Vergessen darüber besteht. Die seit langem erworbenen Erinnerungen sind erhalten geblieben, aber die Kranke hat immer mehr und mehr die Fähigkeit eingebüsst, Neues aufzunehmen, und irgend welche neue Erinnerung zu erwerben. Dieses Vergessen der jüngsten Ereignisse ist durch seine rasche Entwicklung und tiefe Ausprägung merkwürdig; die Kranke ist deshalb auch unfähig, uns zu sagen, was sich Tags vorher zugetragen, oder sie vergisst auch Mittags, was des Morgens sich zutrug. Ein von der Kranken selbst gebrauchter Ausdruck fasst das Ganze zusammen. Sie sagt: „Ist's möglich, dass ich bereits ein Jahr im Krankenhause bin und dass sich in diesem Jahr so gar nichts zugetragen hat!" Dieses Gedächtnis eines zweiundzwanzigjährigen Mädchens ähnelt dem eines Greises, der die Aeneide auswendig weiss, aber die Vorgänge desselben Tages vergisst."[1])

Ich habe seitdem ein ähnliches Verhalten bei mehreren Kranken beobachtet. Maria z. B. beginnt einen Roman zu lesen, bringt aber, worauf mich ihre Nachbarinnen aufmerksam machten, den ganzen Tag mit dem Lesen der ersten Seite zu. Gelangt sie zu deren letzten Zeile, so bleibt sie einen Augenblick dabei stehen, und schickt sich dann regelmässig an, wieder mit der ersten Zeile zu beginnen. Befragte ich sie um den Inhalt des Gelesenen, so war sie nicht einmal im Stande, den Titel des Romanes anzugeben. Sie konnte niemals trotzdem ich es nachdrücklich von ihr forderte und sie sich merklich Mühe gab, auch nur einige Verszeilen auswendig lernen. In gewissen Momenten, war die Vergessenheit eine augenblickliche. Sie konnte mir auf ganz rasch gestellte Fragen antworten, sonst blieb sie erstaunt und sagte: „Worum fragten sie mich eigentlich?" Auch vergass sie ihre eigenen Worte und sagte unaufhörlich: „Wovon habe ich denn nur gesprochen?" *Sèglas* und *Sollier* haben eine Beobachtung mitgetheilt, auf die wir bereits hingewiesen haben. Sie beschrieben eine Kranke, die neben vielen andern Gedächtnisstörungen auch die vorhin erwähnte aufwies. Beim Tagesende gebrauchte sie einen ähnlichen Ausdruck, wie Marcelle: „Das ist doch komisch, dass zwei Nächte

[1]) „Ueber einen Fall von Abulie mit fixen Ideen". Revue philosoph. 1891. I., 383.

aufeinander folgen. Soeben ist die eine Nacht vorüber und die andere beginnt schon".[1])

Diese verschiedenen, augenfälligen Beispiele zeigen uns noch nicht diese Form dauernder Amnesie in vollständiger, stets sich gleich bleibender Weise. In voller Ausprägung sahen wir die Daueramnesie bei einer merkwürdigen Kranken der Salpêtrière, die von *Charcot*[2]) und *Souques*[3]) genauer untersucht wurde.[4]). Frau D. . . bekam im Anschluss an eine den 28. August 1891 stattgehabte heftige Aufregung einen heftigen hysterischen Anfall. Sie erwachte aus diesem Anfall in einer ganz eigenartigen Geistesverfassung: 1. hatte sie Alles vergessen, was sich während der zwei vorhergehenden Monate zugetragen hatte; 2. war sie unfähig geworden, irgendwelche neue Erinnerung zu erwerben; 3. die auffallendsten Ereignisse, so der Biss eines wüthenden Hundes, die Reise von C. . . nach Paris, die Impfungen im Institut Pasteur, konnten sich nicht ihrem Geiste genügend einprägen, um eine Erinnerung davon zu hinterlassen. *Charcot* bezeichnete dies Verhalten richtig als retrograde und anterograde Amnesie.

Die gedächtnisschwachen Personen bewahren ihre genauen Erinnerungen nur für kurze Zeit, etwa für einige Tage, auf oder merken sich nur die interessantesten Ereignisse. Frau D. . . aber hat kein schwaches Gedächtnis, denn sie hat überhaupt keines. Im Frühjahr des Jahres 1892, das ist acht Monate nach der ursprünglichen Aufregung, vergisst sie vollständig einen Namen, ein Ereignis in weniger als einer Minute; was länger als eine Minute dauert, ist das Begreifen einer Sache und und die Anstrengung, die sie anscheinend macht, um den empfangenen Eindruck zu behalten; sie besitzt überhaupt kein Gedächtnis im eigentlichen Wortsinn, denn sie ist nicht im Stande, das Bild der bereits erloschenen Empfindungen wieder hervorzurufen. Fügen wir noch hinzu, dass diese so tiefe und rasch aufgetretene Amnesie dauernd und unveränderlich war, was bei den vorhergehenden Beobachtungen auch der Fall ist, denn wir haben thatsächlich bei Frau D. . . in keinem Moment ein Anwachsen des Gedächtnisses gesehen. Wir wollen noch hinzufügen, dass diese eigenartige Geistesverwirrung bis Mai 1892

[1]) *Sollier* und *Sèglas:* „Puerperale Geisteskrankheit, Amnesie etc." Archives de neurol. 1890. Nr. 60.

[2]) *Charcot:* „Ueber einen Fall von retro-anterograder Amnesie". Rev. de médec. Febr. 1892, 81.

[3]) *Souques:* „Studie über retro-anterograde Amnesie, bei Hysterie, Hirntraumen und chronischem Alkoholismus". Rev. de médec. Mai 1892, 367

[4]) Ich selbst habe auf dem psychologischen Congresse zu London (August 1892) eine Studie über diesen und die vorhin erwähnten Fälle vorgelegt. Die Arbeit wird in der „Revue générale de sciences" erscheinen.

dauerte und unverändert sich durch neun volle Monate hinzog, und wir zeigen wohl damit, dass dies der merkwürdigste Fall von Daueramnesie ist, der unseres Wissens jemals zur Beobachtung gelangle. Ohne Zweifel ist dies ein ganz vereinzelter und auch verwickelter Fall. Eine derart tiefe Amnesie war — meiner Ansicht nach — nicht ein ursprüngliches, einzig und allein durch die natürliche Entwicklung der Hysterie erzeugtes Stigma, sondern viel eher ein accidentelles Vorkommnis. Nichtsdestoweniger nähert es sich den anderen Erscheinungen der Amnesie, indem es sie ergänzt und verständlich macht.

Zweifellos sind nicht alle Hysterischen so amnestisch wie Frau D. . . Aber sie scheinen sich diesem Vorbild zu nähern, denn sie alle, so wie wir gesehen haben, zeigen mehr oder minder die verschiedenen Formen der systematischen, localisirten, allgemeinen und dauernden Amnesie.

§ 2. Analyse der psychologischen Eigenthümlichkeiten.

Die psychologischen Eigenthümlichkeiten der hysterischen Amnesie sind denen der Anästhesie derart ähnlich, dass es durchführbar erscheint, dieselbe Ordnung der Darlegung zu befolgen und die gleichen Bemerkungen kurz wieder vorzubringen.

1. Bei den systematischen Amnesien nimmt man, ganz so wie bei den gleichartigen Anästhesien, genau den Einfluss, den die Gedanken des Individuums ausüben, wahr. Man sieht, dass die Erinnerung, die der Kranke angeblich verloren hat, noch eine Rolle spielt und die Auswahl des zu Vergessenden entscheidend beeinflusst, genau so wie die anscheinend nicht erfasste Empfindung des „verabredeten Zeichens“ dem Kranken dazu dient, das Papier, das er eigentlich nicht sehen sollte, doch zu erkennen. — Bei jenen Versuchen, wo die System-Amnesie suggerirt wird, liegt dies klar zu Tage; wir wollen aber die natürliche Form näher betrachten. *Célestine* behauptet, mich vollkommen vergessen zu haben und bezüglich meiner Person keinerlei Erinnerung zu besitzen. Zugegeben; — ich befrage sie nun über das, was sie während der ganzen Woche gethan hat, sie kommt auf fast Alles ganz gut zurück, nur auf e i n Ereignis nicht. Sie erinnert sich nämlich ganz und gar nicht daran, dass sie von *Charcot* im Sprechzimmer untersucht wurde. Nun war ich es aber, der sie dem Professor *Charcot* vorführte. Wie kommt es, dass sie bezüglich meiner Person sich an nichts erinnert, dass sie in so geschickter Weise gerade dieses Ereignis, bei dem ich betheiligt bin, zum Vergessen aussucht. Der Gedanke des Individuums beeinflusst in gleicher Weise die Grenzen der localisirten Amnesie. Eine junge, seit einem Jahre verheiratete

Frau bekommt während der Niederkunft Nervenanfälle; sie wird amnestisch und vergisst die Entbindung und den vorangegangenen Zeitraum. Wo macht nun diese retrograde Amnesie Halt? Bei der Hochzeit. Die junge Frau vergisst den Zeitraum, der die Niederkunft, die Schwangerschaft, den Mann und die Hochzeit enthält. An dieser feinen Ideenverbindung erkenne ich eine Hysterische.[1])

2. Gerade sowie die Anästhesie nicht die Reflexe, die doch von der Empfindung abhängig sind, unterdrückt, so stört auch die Amnesie nicht die geistige Thätigkeit, die doch unmittelbar vom Gedächtnis abhängt. Dies zeigt sich besonders deutlich, wenn man eine schwerere, beziehungsweise allgemeine Amnesie ins Auge fasst. Die Autoren folgen sämmtlich dem Satze *Weir Mitchell's*[2]): „Trotz des Gedächtnisverlustes, ist die Intelligenz unversehrt. Von dem Augenblicke an, wo sie die Sprache wieder erlernt hatte, drückte sie sich mit Verstand und Sinn aus.“ Stellen wir uns eine gleiche, durch Demenz erzeugte Amnesie, ein ähnliches Vergessen sämmtlicher Kenntnisse, Schrift und Sprache inbegriffen, vor, so haben wir ein vollkommen verblödetes Wesen vor uns. Ist es nicht verwunderlich, dass eine mit derart schrecklicher Amnesie behaftete Hysterische ihre Intelligenz bewahrt?

3. Lässt man die aussergewöhnlichen Fälle, wie die Daueramnesie bei Seite, so kann man sagen, dass die Hysterische ihrer Amnesie ebenso gleichgiltig gegenübersteht, wie der Anästhesie; ob sie nun zwei oder drei Monate ihres Lebens vergessen hat, es stört sie nicht viel, es sei denn, dass aussergewöhnliche Verhältnisse bestehen, die sie auf ihre Vergesslichkeit aufmerksam machen und zu entsprechenden Fragen Anlass geben. Dies geht so weit, dass sie sich gar nicht beklagen, und sogar meistens — wie ich glaube — von ihrem Zustand Nichts wissen. Rosa z. B. klagte bei der Aufnahme ins Krankenhaus nur über die Paraplegie, von ihrer tiefen, drei Monate umfassenden Amnesie sprach sie kein Wort, so dass ich ganz erstaunt war, sie vorzufinden. Die Amnesie, ist gerade so wie die Anästhesie, nach *Charcot*, ein Merkmal, nach dem man suchen muss.

4. Schliesslich finden wir bei der Amnesie die beiden Grundeigenthümlichkeiten der hysterischen Anästhesie — nämlich das Schwankende und Widerspruchsvolle — wieder. Beschäftigen wir uns zunächst mit dem schwankenden Verhalten der Amnesie. Gewöhnlich beruht eine schwere Amnesie auf der Zerstörung der Spuren und

[1]) Brief von *Ch. Villiers* an *G. Cuvier* nach *Ribot:* „Erkrankungen des Gedächtnisses“. 1883, 62.

[2]) *Weir Mitchell:* „Mary Reynold“. 1889.

noch unbekannten Veränderung, welche die Empfindungen im Gehirn hinterlassen und welche die Grundlage ihres Wiederauftauchens in Form von Vorstellungen abgeben. Setzen wir nun eine endgiltige und materielle Zerstörung der Gehirnzellen voraus, in welchen diese Veränderungen eingelagert sind, so werden wir sehen, dass die Erinnerung an die Empfindungen in nicht wieder gut zu machender Weise zerstört ist. Gilt dasselbe auch für die hysterischen Amnesien? Gewiss nicht — und wir können sicher sein, dass bei jeder hysterischen Amnesie die Aufbewahrung der Erinnerungen noch fortbesteht. Dies beweist uns auch das schwankende Wesen dieser Anästhesien, welches hier eine hohe psychologische Bedeutung besitzt. Schon seit langem hat man bemerkt, dass diese anscheinend tiefe Vergesslichkeit nicht dauernd ist, und dass sie — von Zeit zu Zeit — wenn auch nur für Augenblicke verschwinden kann, wobei verschiedene Umstände mitwirken. Der Kranke gewinnt wieder alle Erinnerungen, die er scheinbar verloren hat; er kennt sie in allen ihren Einzelheiten, er nimmt auch die scheinbar endgiltig unterbrochene Existenz auf und zwar gerade von jenem Zeitpunkt an, wo er sie verlassen hat. Vielleicht verliert er in kurzer Zeit neuerdings diese Erinnerungen, aber deren momentanes Wiedererwachen beweist zur Genüge, dass die Vorstellungsbilder erhalten geblieben sind. Dieses Verhalten ist es, welches man als periodische Amnesie bezeichnet. Man weiss es, dass gewisse Kranke, die zu einer bestimmten Zeit, allgemeine Amnesie zeigten, und die ihr Leben bei der ersten Kindheit wieder begannen, nicht endgiltig bei dieser neuen kindlichen Existenz bleiben. Nach einiger Zeit, in der Beobachtung von *Weir Mitchell* waren es zehn Wochen —, verfiel Mary Reynold neuerdings in einen Schlummerzustand, aus welchem sie so erwachte, wie sie vor dem Anfalle war und nach welchem sie auch die vollständige Erinnerung an ihr ganzes Leben wieder gewann. Es ist richtig, dass sie jetzt nicht mehr die Erinnerung an ihr Doppel-Ich besass; bezüglich dieser Erinnerungen an den Zustand „zwei" brauchen wir uns nicht zu beunruhigen, sie kehrten nach einem neuen Anfall, der nicht lange auf sich warten liess, wieder. Dank dieser Abwechslung der beiden Zustände erkennen wir, dass in Wirklichkeit überhaupt keine Erinnerung verloren gieng.

Ich habe es nicht für nothwendig erachtet, die periodischen Amnesien als engere Gruppe hinzustellen und zwar aus einem guten Grunde. Ich behandelte eben nur das Capitel der hysterischen Amnesien und es ist — meiner Ansicht nach — jede hysterische Amnesie zugleich eine periodische. Sehr oft zeigt sich der periodische Ablauf ganz spontan, und es sind die Anfälle, die Schlafzustände, sowie die

mannigfachen Krankheitszufälle, die das geistige Gleichgewicht stören, — durch die eben regelmässig bald die eine, bald die andere Erinnerung zu Tage gebracht wird.[1]) Margarethe zeigt seit zwei Jahren grosse Anfälle, an die sich ein der Erklärung nicht leicht zugänglicher Somnambulismus anschliesst. Es genüge gegenwärtig, zu wissen, dass dies ein spontan auftretender, einen Theil des Anfalles bildender Zustand ist, der mit Krämpfen abschliesst. Sie wusste beim Erwachen nie, was sich während dieses Zeitraumes zutrug, und es bestand eine anscheinend deutlich localisirte Amnesie bei ihr. Beim nächsten, innerhalb vierzehn Tagen zu gewärtigenden Anfalle, wird sie wieder in denselben somnambulen Zustand verfallen und alle scheinbar verloren gegangenen Erinnerungen wieder erlangen. Der natürliche Schlaf ist — wie wir bereits bei Besprechung der Empfindungen gesehen haben — ebenfalls im Stande, uns das schwankende und blos zeitweilige Auftreten der Amnesien, so wie das thatsächliche Erhaltensein der Erinnerung zu zeigen. Man weiss, wieso sich *Charcot* bei Frau D. . ., einer Kranken, die anscheinend keine einzige Vorstellung im Geiste bewahrt hatte, vom Vorhandensein wirklicher Erinnerungen überzeugte. Sie sprach nämlich bei Nacht ganz laut aus dem Schlafe und murmelte dabei Worte, welche ihre Bettnachbarinnen gut verstehen konnten. Im Traume sprach sie vom wüthenden Hund, von der Salpêtrière, von den Aerzten mit weissen Schürzen, kurz von Allem, was sie scheinbar vergessen hatte. Ich habe sehr oft eine Kranke beobachtet, die bei Tag hypnotisirt, nach dem Erwachen völlige Amnesie zeigte, bei Nacht aber — gerade sowie Lucie — genau erzählte, was mit ihr während des somnambulen Zustandes geschah. Oft geschieht es, dass diese Erinnerungen aus dem Somnambulismus sich in einer noch eigenthümlicheren Weise zeigen; sie werden nämlich vom Kranken nicht laut zum Ausdrucke gebracht, sondern erscheinen ihm im Schlafe, sowie gewöhnliche Träume. So wie man sich derartiger Träume gewöhnlich zu erinnern pflegt, so können auch die Kranken vermöge desselben Mittels zur Erinnerung an den somnambulen Zustand gelangen. So geschieht es z. B. dass B. . . und Justine im Momente des Erwachens von ihrem Somnambulismus nichts wissen, aber manchmal am Morgen des nächstfolgenden Tages Kenntnis davon haben.

Anfälle und natürlicher Schlaf stehen uns nicht immer zur Verfügung, wir können aber in gewissen Fällen uns eines noch zweckmässigeren Verfahrens bedienen. Man kann durch einen künstlich

---

[1]) Autom. psych. 77.

hervorgerufenen Somnambulismus jene Zustände erzeugen, in denen die verschwundenen Erinnerungen von neuem zu Tage treten. Bertha ist beispielsweise sehr leicht zu hypnotisiren (wir wollen hier uns nicht weiter mit dem Wesen des Hypnotismus abgeben, es ist dies gegenwärtig ein ohne Berechtigung für untereinander ganz verschiedene Dinge angewendeter Name). Ich will nur an eine bereits bekannte Thatsache anknüpfen, dass nämlich die Hypnose ein Zustand ist, von dem nach dem Erwachen keine Erinnerung zurückbleibt. Diese Amnesie ist nach den ersten Hypnosen verschieden deutlich ausgesprochen und verschieden rasch zur Erscheinung zu bringen; sie ist aber in meinen Augen das wesentliche Merkmal der verschiedenen Stufen des Somnambulismus. Bei Bertha trat dieser Zustand bereits ein, als ich sie zum ersten Male einschläferte. Es ist daran gar nichts Erstaunliches, denn es besteht bei dem jungen Mädchen eine Prädisposition für derartige Zustände, und sie zeigte auch ganz spontan und zu wiederholten Malen localisirte Amnesien, ganz so wie *Despine* sie beschrieben hat. Sie zeigte schon seit Jahren, noch vor ihrem Eintritt ins Krankenhaus, natürliche somnambule Zustände, anfangs bei Nacht und schliesslich auch während des Tages, worin allerdings nichts Ueberraschendes ist. Die Hypnose besteht bei ihr nur in der künstlichen Hervorrufung jener von Amnesie gefolgten Zustände, wie sie auch jeden Augenblick ohne äussere Einwirkung bei ihr auftreten können. Sie hat — wenn man sie aufweckt, scheinbar Alles vergessen, was sich während des Schlafzustandes zutrug; auch früher, wenn man sie nach ihren spontanen Hypnosen tüchtig rüttelte, blieb sie eine Zeitlang ganz verblüfft, da sie vollständig vergessen hatte, was man ihr kurz vorher aufgetragen hatte. Nun, dieses Vergessen ist nur scheinbar; es genügt, sie wieder einzuschläfern und durch Suggestion, oder besser gesagt durch ihre automatische Gewöhnung, in eben denselben Geisteszustand zu bringen, aus dem sie eben herausgekommen ist, damit sie sämmtliche Erinnerungen wieder erlangte.

Bei ihr ist der ganze Vorgang ausserordentlich einfach, denn es ist — gleich zu Beginn des hypnotischen Zustandes — die Amnesie und Anästhesie vollständig verschwunden.

Sie erlangt nicht nur die Erinnerungen der künstlichen, sondern auch der natürlichen somnambulen Zustände, wie der Anfälle und merkwürdigen Wachzustände, die augenblicklich vergessen werden, wieder.

Dieses Suchen nach den verschwundenen Erinnerungen ist nicht immer so leicht. Margarethe — wenn einmal in Hypnose, besitzt nicht die Erinnerung an den gesammten natürlichen Somnambulismus der

bei ihr dem Anfall folgt, sondern sie erinnert sich nur an den Beginn der Krise, an jene Zeit, während welcher sie die Augen geschlossen hält. Oeffnet man ihr aber während der Hypnose die Augen, so tritt - was allerdings nicht allgemeine Regel ist, — bei ihr eine Veränderung des geistigen Zustandes ein, und sie erlangt nun die Erinnerung an die zweite Periode des Anfalles, an jene, während welcher sie die Augen offen hält. Wir haben schon von den wechselnden somnambulen Zuständen gesprochen, während welcher das Verhalten der Empfindung sich verändert. In diesen Zuständen verändert sich nun das Gedächtnis in der gleichen Weise und durch ein gewisses Herumtasten, indem man von Einem zum Andern übergeht, wird es gelingen, jene Erinnerung, die man gerade herausbekommen will, hervorzurufen.

Manchmal können wir auch den Somnambulismus ganz entbehren. Durch das Mittel der Suggestion, oder mittelst der Ideenverknüpfung oder noch besser durch Leitung und Festhaltung der Aufmerksamkeit des Kranken sind wir im Stande, demselben die verloren gegangenen Erinnerungen wieder zu geben. Ich spreche — wohlgemerkt — hier nur von den kleinen Vergesslichkeitszuständen, wie sie bei der Hysterie vorkommen. Wenn eine bedeutende, klar zu Tage liegende Amnesie vorhanden ist, so muss man sich nahezu immer an die Anfälle oder somnambulen Zustände halten. Bei Frau D. . . z. B., erreicht man gar Nichts, wenn man es versucht die Aufmerksamkeit während des wachen und bewussten Zustandes zu lenken, man kann aber im Gegensatze dazu, durch Einschläfern der Kranken ihr sämmtliche Erinnerungen wiedergeben. Mit einem Worte — die Beweglichkeit dieser Amnesie ist die Ursache ihres periodischen Auftretens und zeigt uns, dass die Aufbewahrung der Erinnerungen fortbesteht.

5. Gerade sowie die Anästhesien ihrem Wesen nach widerspruchsvoll sind, so gilt auch dasselbe meiner Ansicht nach für die Amnesien. Wir haben bereits bemerkt, wie eigenartig die allgemeinen Amnesien sich verhalten. *Weir Mitchell* bemerkt, dass Mary Reynolds, sich wie ein neugeborenes Kind verhält, aber wie ein Kind mit den geistigen Fähigkeiten eines Erwachsenen. „Die Geistesthätigkeit vollzieht sich — wie er sagt — bei ihr, ohne irgend welche vorhandene Grundlage.“ Nun, ich gestehe, dass ich den Sinn dieses Satzes nicht begreife. Was bedeutet denn diese abstracte Intelligenz, diese verborgene Fähigkeit, die ganz für sich allein besteht? Die Intelligenz des Erwachsenen ist einfach die Summe der Erinnerungen, der Ideenverknüpfungen, des vorgeschaffenen Strebens, die Vorstellungen der Reihe nach abzuwickeln. Das Fehlen dieser Organisation deckt sich

vollständig mit dem Mangel der Intelligenz beim Kinde. Man kann eben nicht geistig und körperlich zu gleicher Zeit Kind und Erwachsener sein. Entweder hat nun Mary wirklich alle Erinnerungen eingebüsst und hat die geistigen Fähigkeiten eines neugebornen Kindes, dann ist sie eben unverständig und geistlos wie ein Kind, oder sie ist intelligent, dann hat sie wieder die Erinnerungen nicht verloren. Andererseits sieht man bei ihr jeden Augenblick die Erinnerungen aufleben; die Kranke lernt ausserordentlich rasch von neuem; sie kennt ein altes Lied besser als ein neues.

„Wenn sie singt, so hat sie es im Allgemeinen nöthig, dass man ihr mit den ersten paar Worten einer Zeile nachhilft, den Rest vollendet sie allem Anschein nach aus dem Gedächtnis. Befragt, wo sie es gelernt hat, eine Melodie vom Notenblatt herab zu spielen, antwortete sie, dass sie es nicht zu sagen im Stande sei, und war erstaunt, dass der Befrager es nicht ebenso machen konnte.“ [1])

Diese Thatsachen sind von grösster Bedeutung, denn sie zeigen uns, dass die Vorstellungen trotz der bestehenden Amnesie nicht nur erhalten sind, sondern auch reproducirt werden können. Man weiss, dass das Wiederauftauchen der Vorstellungen im geeigneten Moment eine wesentliche Bedingung für die Vollständigkeit der Erinnerung bildet und glaubt natürlicher Weise, dass dieses Verhalten bei der Hysterie verändert sei. Frau D. . . scheint z. B. nur im Stande zu sein die Vorstellungen im Traum, während des Schlafes zu reproduciren, während sie dieselben im Wachzustand nicht je nach Bedürfnis reproduciren kann. Nun, das widerspruchsvolle Wesen dieser Erscheinung ist derartig, dass trotz der anscheinend vorhandenen Amnesie, die Erinnerungen nach Bedarf auch während des Wachens reproducirt werden können. Frau D. . . hat, wenn ich mich nicht täusche, jederzeit auf Fragen, die ein Anderer, oder sie selbst sich vorlegt, die Antwort im Geist oder auf den Lippen. Wie kommt es nun, dass ich mir diese Ansicht bilde, da doch die arme Frau selbst sich für so unglücklich hält und behauptet, dass es ihr unmöglich sei, sich an irgend Etwas zu erinnern. Nun, wir haben schon oft ähnliche Dinge bei den Hysterischen gesehen. Wir haben gesehen, dass sie anscheinend nichts fühlten, und nichts sahen und doch im selben Moment, im Geiste die Tast- und Gesichtseindrücke ganz gut besassen. Man kann sich die Frage vorlegen, ob es sich nicht auch so mit den Erinnerungsbildern verhält, die sich von den Empfindungen doch nur wenig unterscheiden. Gewisse Handlungen der Kranken haben

[1]) Beobachtung von Sharpey nach *Ribot:* „Erkrankungen des Gedächtnisses“, 67.

uns zu dieser Voraussetzung geführt; noch bevor wir im Stande waren, sie durch Experimente zu belegen. Frau D. . . vergisst Alles in einer Minute und ist noch nicht so weit gekommen, die Leute im Krankenhause zu kennen und doch setzt sie sich — wenn sie im Hofe ist — ganz freiwillig immer gerade zu jenen Personen, die sich um sie bemühen. Jedesmal, wenn sie einen Hund erblickt, — der noch so harmlos sein mag, flüchtet sie mit bedecktem Gesicht und unter Ausrufen des Schreckens. Es reicht nicht blos aus, zu sagen, dass sie sich vor Hunden fürchtet, denn sie selbst versichert uns, dass sie früher, selbst noch im Monate Juli, keine Furcht vor diesen Thieren hatte. Woher nun diese Veränderung? Augenscheinlich erklärt sie sich durch den ihr im September zugefügten Biss eines tollen Hundes und die darauf folgenden Cauterisationen. Gegenwärtig aber erinnert sie sich nicht an dieses Ereignis und weiss auch nicht, weshalb sie Furcht hat; die Erinnerung wird also in unbewusster Weise von ihr reproducirt.

Ich habe diese halbunbewusste Reproduction der Erinnerungen durch zahlreiche Experimente bestätigt, besonders durch Suggestionen, die sich trotz der Amnesie zur festgesetzten Stunde äusserten. In den folgenden Zeilen gebe ich nun das Verfahren an, wodurch diese Thatsache am besten ans Licht gebracht werden kann.

Wenn ich nämlich diese Kranke direct befrage, wenn ich sie auffordere, den Namen ihres behandelnden Arztes zu sagen oder aufzuschreiben, so bemerke ich, dass sie Anstrengungen macht, aber sich nicht an den Namen erinnert und auch erklärt, denselben nicht niederschreiben zu können. Man muss anders verfahren; ich trete zur Seite und ersuche jemand Anderen mit der Kranken zu plaudern. Diese antwortet auf die Fragen, merkt anscheinend auf das, was man ihr sagt, auf und kümmert sich nicht weiter um mich.

Ich lasse ihr nun einen Bleistift in die Hand gleiten und sie erfasst ihn, ohne sich umzuwenden. Das ist wohl sehr eingenthümlich, geschieht aber doch bei den meisten Hysterischen, die, wie wir sahen, sehr zur Zerstreutheit neigen. Wir machen nun von dieser Disposition Gebrauch und während Frau D. . . mit der andern Person zu plaudern fortfährt, bringen wir ihr eine Suggestion bei, gerade so, als ob sie in der Lage wäre, uns zu verstehen. Ich sage ihr nun: „Schreiben sie den Namen Ihres Zimmerarztes“. Man sieht nun, dass die Hand, die den Bleistift hält, sich in Bewegung setzt und den Namen „Lamy“ niederschreibt. In gleicher Weise frage ich sie, was sie sich an der linken Hand gemacht habe, und sie schreibt ohne Zögern: „Ich habe mich mit einem Glassplitter verletzt“. Mit einem

Worte, sie antwortet auf alle möglichen Fragen in der gleichen Weise und man kann aus ihren schriftlichen Ausserungen ersehen, dass sämmtliche scheinbar verloren gegangenen Erinnerungen reproducirt werden. Ich habe hier nicht die Absicht die Schrift selbst näher zu untersuchen, die ohnehin bei Frau D. . . nichts Bemerkenswertes zeigt. Ich lege auch kein besonderes Gewicht darauf, zu zeigen, dass in Wirklichkeit Frau D. . . erklärt, meine Fragen nicht gehört zu haben und auch behauptet, Nichts niedergeschrieben zu haben, und wenn man ihr die Schriftproben vorlegt, nicht zugibt, dass sie von ihr herrühren. Es sind dies Einzelnheiten, die augenblicklich nicht unbedingt zur Sache gehören. Ich will nur festgestellt haben, dass diese unwillkürliche und wenigstens scheinbar unbewusste Schrift uns vom Vorhandensein der Erinnerungen Kunde gibt, die Frau D. . . im Wachzustande auf andere Weise zu erfassen unfähig ist. Man muss nicht glauben, dass ich der Schrift irgend eine wunderbare Macht, die Erinnerungen der Frau D. . . wieder auferstehen zu lassen, zuschreibe. Im Gegentheil, es ist mir auch gelungen auf anderem Weg, nämlich durch das gesprochene Wort, die Erinnerungen zu erwecken. Man wird einwenden, dass diese Kranke nie dazu kommt, sie auszusprechen und dass es keiner Suggestion gelungen ist, sie aus ihr heraus zu bekommen. Das ist ganz richtig; aber es steht uns noch ein Weg zur Verfügung, der manchmal von Erfolg begleitet ist. Ich schicke mich nochmals an, die Kranke zerstreut zu machen, vermeide es aber diesmal, ihre Aufmerksamkeit auf das gesprochene Wort zu lenken. Ich gebe ihr ein Buch zum Lesen oder lasse sie — was noch besser ist — eine Multiplication ausführen. Während sie in ihre Arbeit vertieft ist, bemerken wir bei ihr die gleichen Erscheinungen der Zerstreutheit; wir können sie jetzt berühren, ihr ins Ohr hineinsprechen, ohne dass sie sich umwendet. Ich frage sie nun: „Wie heissen die beiden Kranken, welche ihre Bettnachbarinnen sind?“ Ihre Lippen bewegen sich nun und sie antwortet ganz leise: „Frau C. . . und Frau P. . .“ Ich kann ihr auch auftragen, lauter zu sprechen; wenn sie durch ihre Lectüre oder die Multiplication sehr in Anspruch genommen ist, so spricht sie ganz laut und richtig. Auch aus dieser neuen Thatsache ziehe ich nur die gleiche Schlussfolgerung: die Reproduction der Erinnerungen ist bei der Kranken vorhanden und vollzieht sich — wie es scheint — *je nach Bedarf* in normaler Weise.

Gerade so verhält es sich bei fast allen Kranken und gilt auch für alle Formen der Amnesie, nur muss es gelingen, eine unbewusste schriftliche Aeusserung zu erhalten, oder auf irgend welche Weise die unterhalb der Bewusstseinsschwelle liegenden Vorgänge ans Licht zu

bringen. Marie schreibt so, ohne es zu wissen, den Inhalt des Romanes nieder, den sie ewig liest, ohne sich auch nur eine Zeile merken zu können. Bertha und Georges haben so auch Briefe von Neuem niedergeschrieben, die sie bei Nacht im Zustande des natürlichen Somnambulismus einmal geschrieben hatten, ohne sich aber bei vollem Bewusstsein daran erinnern zu können. Es ist richtig, dass oft der einzuschlagende Weg je nach dem Kranken geändert werden muss und dass es manchmal nicht gelingt, auf diesem schriftlichen Weg die Erinnerungen herauszubekommen, es sei denn, dass ganz bestimmte Zustände vorhanden sind. Es gibt auch bemerkenswerte Ausnahmen, die wohl von dem verwickelten Mechanismus gewisser Ideenverknüpfungen abhängig sind. Aber die positiven Thatsachen sind zahlreich genug, um in diesem Punkte den Vergleich zwischen Amnesie und Anästhesie zu ermöglichen. Auch hier der gleiche Widerspruch im Wesen. Die Erinnerungen werden reproducirt; einerseits erscheinen sie vorhanden, andererseits wieder fehlend. Dieses gleich geartete Problem ist auch, denke ich, einer analogen Lösung zugänglich.

§ 3. Erklärungsversuch.

Wo soll man diese Veränderung des Gedächtnisses suchen, die doch wohl irgendwo vorhanden sein muss, damit derart klare Ergebnisse vorliegen können? Die Psychologen geben in ihren Abhandlungen keine andern Elementarerscheinungen des Gedächnisses zu, als die Erhaltung und die Wiedergabe. Ich glaube, dass sie damit im Unrecht sind und dass die Krankheit das Gedächtnis besser zerlegt und zergliedert, als es die Psychologie thun kann.

Der erste Schritt besteht darin, dass wir daran festhalten, dass es sich hier um ein der Zerstreutheit gleichartiges Verhalten handelt. In der That gibt es ebenso Zerstreutheit des Gedächtnisses, wie Zerstreutheit der Empfindungen, hier ist die Amnesie, dort die Anästhesie die Folge davon. Lucie weigert sich nachdrücklich, irgend Etwas in meiner Gegenwart zu erzählen. Ich brauche nur zur Seite zu treten und — zwei Schritte entfernt — sie mit jemand anderem plaudern zu lassen, wonach sie an meine Gegenwart vergessend, sich anschickt, das zu erzählen, was sie vor mir nicht aussprechen wollte. — Bertha ist gegen mich sehr aufgebracht; versuche ich es nun, mit ihr den Grund ihres Aergers auseinandersetzen, so geräth sie immer mehr und mehr in Zorn. Ich brauche nur mit ihr von einer anderen Sache zu sprechen, um sie in kurzer Zeit auf eine neue Idee zu leiten und die frühere vollständig vergessen zu machen. In umgekehrter Weise

können wir die Rolle der Zerstreutheit erkennen, indem wir die Aufmerksamkeit zu unterdrücken versuchen. Bei gewissen Kranken, kann man, wie wir gesehen haben, durch Erweckung und Lenkung ihrer Aufmerksamkeit, augenblicklich die Amnesie, gerade so wie die Anästhesie, zum Schwinden bringen. Sie benöthigen aber zu diesem Zwecke eine sehr bedeutende Anstrengung ihrer Aufmerksamkeit, deren sie nur selten fähig sind. Für gewöhnlich ist ihre Aufmerksamkeit schwach, gerade ausreichend, um den Kranken ihre Vergesslichkeit zum Bewusstsein kommen zu lassen. Wir wollen anerkennen, dass die hysterische Amnesie auch nur eine Form der Zerstreutheit ist.



Wir können aber hiebei nicht stehen bleiben, denn diese Amnesie zeigt sich als ganz eigenartige Zerstreutheit, nach deren Ursache und Wesen erst näher geforscht werden muss. Wie wir schon im vorhergehenden Capitel gezeigt haben, genügt es nicht, dass eine vereinzelte, für sich abgeschlossene Empfindung ins Bewusstsein tritt, um so vom Individuum aufgefasst zu werden. Für das vollständige Bewusstwerden einer Empfindung, das sich in dem Satze „ich fühle" ausdrückt, ist es nothwendig, dass eine neue Thätigkeit sich zu der frühern geselle. Es ist nothwendig, dass die aufgetretenen Empfindungen durch eine Art Synthese vereinigt und mit der Masse der bereits vorhandenen Vorstellungen, die eben das „Ich"-Bewusstsein bilden, verknüpft werden, dasselbe gilt auch für die Erinnerungsbilder. Es reicht nicht für das Bewusstwerden einer Empfindung aus, dass diese oder jene Vorstellung durch das automatische Getriebe der Ideenassociation hervorgeholt wird, es ist auch nothwendig, dass das „Ich"-Bewusstsein diese Vorstellung erfasst und sie mit den anderen Erinnerungen und Wahrnehmungen in Verbindung bringt, die eben, mögen sie deutlich, verschwommen, innerlich oder äusserlich sein, den Inhalt unseres „Ich"-Bewusstseins bilden. Man mag nun den Vorgang nach Belieben bezeichnen, für ihn den Ausdruck „Personification" schmieden, oder sich, wie ich es immer thue, mit den gangbaren Ausdrücken, wie „Ich"-Bewusstsein für Erinnerungen", „seelische Einverleibung der Vorstellungen" zufrieden geben, immer aber muss man dessen Vorhandensein anerkennen, und ihm eine Stelle in der Psychologie der Erinnerung und Wahrnehmung anweisen.

Dieser Vorgang vollzieht sich bei uns so einfach und so leicht, dass wir gar nicht einmal seine Bedeutung ahnen. Aber er kann geändert oder unterdrückt sein, während die übrigen Grundlagen der Erinnerung, nämlich die Bewahrung und Wiedergabe der Erinnerungsbilder, unversehrt erhalten sind. Sein Fehlen genügt, um bei den Kranken eine Gedächtnisstörung hervorzurufen, die für sie eine echte

Amnesie bedeutet. Ich glaube, dass in der Mehrzahl der Fälle die hysterische Amnesie nichts anderes, als eine derartige Amnesie, nämlich eine einfache Assimilations-Amnesie, ist.

Wir sind nun thatsächlich in der Lage, die Bedingungen, unter denen diese schwankende und widerspruchsvolle Amnesie auftritt oder scheinbar verschwindet, anzugeben. Als Beispiel wollen wir Frau D... wählen, welche diese Form am deutlichsten zeigt. Unter welchen Bedingungen mangelt bei ihr das Erinnerungsvermögen? Wenn man sie direct befragt und sie dabei beim Namen nennt, oder auch wenn sie sich selbst ausforscht. Mit einem Wort, die Erinnerung verschwindet scheinbar immer dann, wenn ihre Person im Spiele ist und wenn sie sagen müsste: „Ich erinnere mich."

Im Gegensatz dazu ist die Erinnerung unter vielen anderen Bedingungen vorhanden — im Traum, im hypnotischen Schlaf, in den nicht planmässigen Handlungen, oder in Wort und Schrift, während die Kranke durch irgend eine andere bewusste Thätigkeit abgelenkt worden ist. Auch hier ist ein gemeinsames Merkmal vorhanden: Die Erinnerung stellt sich dann ein, wenn das klare „Ich"-Bewusstsein zurücktritt, wenn sie isolirt und ohne Beziehung zum übrigen Leben der Kranken besteht.

Dies Verhalten zeigt sich besonders deutlich in ihren somnambulen Zuständen, und ist thatsächlich ganz eigenartig. Es ist dies nicht wie bei den anderen Kranken eine zweite Form des Seelendaseins mit den dazugehörigen Erinnerungen und der eintretenden Verdopplung des Ich's. Bei Frau D... ist es ein unterhalb des Somnambulismus stehender Zustand, der anscheinend mit einem tiefen Schlaf verschmilzt, bei dem jede Ueberlegung, jede willkürliche Thätigkeit, man könnte beinahe sagen, das Ich selbst mangelt. Versucht man nun während des Somnambulismus selbst das „Ich"-Bewusstsein wieder aufzubauen und die Erinnerungsbilder der verschiedenen künstlichen Somnambulismen zu verknüpfen, so sieht man, dass das Gedächtnis neuerdings schwindet. Die Erinnerung ist während des somnambulen Zustandes nur unter einer Bedingung vorhanden: Die Kranke darf sich nämlich von gar nichts Rechenschaft geben und auch auf die Fragen nur automatisch durch eine reine mechanische Ideenverknüpfung antworten, ohne dass sie überlegt und ohne Bewusstsein ihres Thuns. Zweifellos ist der Vorgang des Rückkehrens der Erinnerungen nicht immer ein derartiger, aber ich führe gerade dieses Beispiel an, um zu zeigen, dass die Erinnerungen fortbestehen und auf automatische Art ohne Dazutreten des „Ich"-Bewusstsein sich äussern.

Dies Verhalten zeigt sich meiner Ansicht nach noch viel deutlicher, wenn man die Erinnerungen untersucht, die sich in Schrift und automatischen Worten äussern. Diese beiden Experimente sind schwer auszuführen und misslingen auch oft. Was ist nun der Grund dieses Verhaltens? Von dem Augenblick an, wo der Kranke auf seine Schrift Acht gibt oder sein eigenes Wort vernimmt, tritt die Hemmung ein, und es ist nicht mehr möglich, eine Aeusserung der Erinnerungen zu erhalten. Die bewusste Aufmerksamkeit, weit entfernt davon, die automatische Schrift zu erleichtern, wie es bei einem Simulanten der Fall wäre, unterdrückt dieselbe völlig. Die Erinnerung tritt kurz gesagt bei diesen Personen nur unbewusst zutage, sie verschwindet, wenn der Kranke seinen eigenen Namen zu sprechen oder zu schreiben versucht.

Ich fürchte bei einer derartigen Auffassung der hysterischen Amnesie in eine scheinbar schlimme Uebertreibung zu gerathen. Man wird fragen, ob die Vergesslichkeit der Hysterischen, die nach den Somnambulismen und Anfällen auftritt, die bei der Kranken *Charcot's* als dauernd auftritt, wirklich nichts anderes ist, als eine Ablenkung des „Ich"-Bewusstseins; dann wäre das Ganze ja bedeutungslos und nichts weiter als eine Nachgiebigkeit der Kranken. Das ist aber gewiss nicht richtig. Diese Vergesslichkeit ist wirklich vorhanden und für den Kranken sehr peinlich; sie ist eine unbedeutende Seelenstörung, aber nichtsdestoweniger etwas Krankhaftes. Die Vergesslichkeit Berthas, die sich jeden Augenblick äussert und die ich mit Leichtigkeit hervorrufen kann, hat deren Entlassung aus dem Geschäfte bewirkt und sie ins Elend gestürzt. Die Vergesslichkeit der Frau D. . . hat ihre Ueberführung nach Paris nothwendig gemacht, sowie ihren monatelangen Aufenthalt in der Salpêtrière, fern vom Gatten, fern von den Kindern, die um sie weinen. Eine krankhafte Störung, mag sie auch bloss seelisch sein, ist nichtsdestoweniger etwas Thatsächliches und manchmal auch eine ernste Sache, und man kann lebenslang in der Irrenanstalt eingeschlossen sein, bloss wegen einer einfachen Verwirrung des „Ich"-Bewusstseins.

Die hysterischen Amnesien, sowie die Anästhesien können als derartige Störungen hingestellt werden. Die Grundlagen der Erinnerung, die Aufbewahrung und Wiedergabe der Vorstellungen sind unversehrt, es ist aber eine Lücke in der thätigen Verknüpfung der seelischen Elemente da, eine Lücke, durch die mehr oder weniger vollständig die Einverleibung der Erinnerungen ins Ich-Bewusstsein unmöglich gemacht wird.

§ 4. Einige specielle Formen der Amnesie.

Die vorhin dargelegten Erklärungsversuche haben sich nur auf die Erscheinung der Amnesie im Allgemeinen auf deren Wesen und die Bedingungen ihres Auftretens bezogen. In Wirklichkeit tritt nun die Amnesie nicht in so verschwommener Weise auf, sondern bezieht sich auf diese oder jene genau bestimmte, von den andern abgesonderte Thatsache. Aus welchem Grunde nun zeigt sich die Amnesie in so verschiedener, eigenartiger Weise? Warum ist sie in dem einen Fall an eine gewisse Ordnung gebunden, in einem andern Falle wieder auf die Ereignisse einer bestimmten Lebensperiode beschränkt. oder endlich allgemein? Ich gestehe offen, dass ich darüber Nichts weiss und auch keine Erklärung, die für alle Fälle passen würde, gefunden habe. Es wird noch eingehender Studien bedürfen, bis man im Stande sein wird, die Einzelnheiten dieser Vorgänge aufzuklären. Nichtsdestoweniger habe ich eine Anzahl von eigenartigen Thatsachen beobachtet, die zwar unter einander nicht verknüpft werden können und auch kein allgemeines Gesetz ableiten lassen, aber doch als vorläufige Beobachtungen gelten können, gleichsam als Grundsteine für zukünftige Lehrgebäude. Die Amnesie und ihre Localisationen scheinen mir manchmal von folgenden Umständen abhängig zu sein: 1. Von dem Zustande des Individuums im Momente, wo es die Erinnerung erwirbt. 2. Vom Zustande des Individuums in dem Momente der Reproduction der Erinnerung. 3. Von der Beschaffenheit und der Abwickelung der in Vergessenheit gerathenen Vorgänge. 4. Von den Veränderungen der Sensibilität.

1. Eine Erinnerung kann ungenügend sein, weil sie in unzulänglicher Weise erfasst und auf ungenügender Grundlage gebildet wurde. Wenn ein Kranker eine Zeit durchmacht, während welcher er besonders geschwächt ist und sowohl die Erinnerungsbilder, als auch die augenblicklichen Wahrnehmungen ungenügend verknüpft, so ist er derzeit auch ausser Stande, einen Erinnerungsschatz für die Zukunft anzulegen. Später, selbst im Zustande des Wohlbefindens, wird es ihm nicht gelingen die Erinnerungen aus der Krankheitszeit wieder zu erlangen, wohl aber jene, die in einen dieser nahe liegenden Lebensabschnitt fallen, während dessen die Synthesen besser durchführbar waren. Eine Kranke, Namens Marcelle, besass für gewöhnlich eine nur unbedeutende seelische Leistungsfähigkeit, sowohl für Ausführung willkürlicher Handlungen, als auch für die Aufnahme äusserer Vorgänge ins Bewusstsein; von Zeit zu Zeit aber, namentlich nach langem Schlafzustand, hatte sie „lichte Momente“, während welcher sowohl die Wahrnehmung der Aussenwelt, als auch das „Ich“-Bewusstsein

verändert und stärker entwickelt waren. Diese beiden Zustände hinterliessen auch verschiedene starke Erinnerungen. Ebenso wie sie vollständig die Erinnerung aus den Perioden geistiger Verdunkelung verlor, ebenso bewahrte sie andererseits die Erinnerungen aus den „lichten Momenten“ ins Ungemessene auf. Hier ein Beispiel zur besseren Erklärung. „Während eines lichten Momentes beim Erwachen aus einem somnambulen Zustande bemerkt Marcelle auf dem Tische Metallstücke, Bruchstücke eines zerlegten elektrischen Apparates. In ihrer wunderlichen Neugierde, die bei ihr in diesen Momenten, u. zw. nur in diesen vorhanden war, hält sie sich über diese kupfernen Stücke auf und ist erst beruhigt, bis ich ihr deren Gebrauch auseinandergesetzt habe. Kurze Zeit darauf verfällt sie in ihren gewöhnlichen, düsteren Zustand. Acht Tage, ja selbst zwei Wochen später, brauche ich sie nur über das, was sie mit mir zusammen im Cabinet gesehen hatte, zu befragen, um von ihr eine eingehende Schilderung der Bruchstücke des elektrischen Apparates zu erhalten. Im Gegensatze dazu waren alle in der Zwischenzeit vorgefallenen Ereignisse, darunter so hervorstechende, wie Besuche von Verwandten, dann wieder solche, die noch ganz frisch waren und sich des Morgens zugetragen hatten, vollständig vergessen. Es ist hier wohl die Veränderung der Auffassungsfähigkeit, welche die Ursache der Gedächtnisveränderung abgibt. Wir haben andererseits darauf Gewicht gelegt, die Thatsache durch Beobachtungen zu belegen, sie hätte sich aber auch durch blosse Ueberlegung voraussehen lassen. Das Gedächtnis ist nichts Anderes als die Bewahrung einer früher stattgefundenen Verbindung. Es leuchtet ein, dass das Gedächtnis nicht vorhanden ist, wenn diese Verbindung nicht stattfand oder nur halb ausgeführt wurde und daher haltlos und leicht zerstörbar ist. Man sagt, dass das Gedächtnis eine körperliche Thätigkeit ist und die Erinnerungen in gewisser Weise dem Organismus einverleibt sind. Das ist wohl ganz richtig, aber es ist unerlässlich, dass diese vorher gebildet worden seien. Die Anlage von Erinnerungen, sowie die Annahme von Gewohnheiten sind die Vorrechte der geistigen Regsamkeit.“[1]) . . . In derartigen Fällen mangeln die Erinnerungen völlig, oder sind verschwommen und selbst im halbbewussten Zustande schwer zu erwecken. Das Vergessen, sowie die Vertheilung der Amnesie hängen hier von dem geistigen Zustande ab, der zur Zeit, als die Erinnerungen erworben wurden, vorhanden war.

2. Das Vergessen ist nicht nur vom vergangenen, sondern auch vom gegenwärtigen Zustande des Individuums abhängig, wenn es ver-

[1]) „Abulie und fixe Ideen“. Rev. philosophique. 1891, I., 393.

sucht, die Erinnerungen hervorzurufen und mit dem gegenwärtigen „Ich"-Bewusstsein zu verknüpfen. Margarethe zeigt für gewöhnlich nur leichte Amnesie, sie ist bei angespannter Aufmerksamkeit im Stande, nahezu sämmtliche Erinnerungen wieder zu erlangen, jene ausgenommen, die den Anfällen und somnambulen Zuständen angehören. Zu gewisser Zeit scheint das Gedächtnis bei ihr völlig zerstört, sie erinnert sich dann an Nichts, und vergisst selbst die Vorgänge des täglichen Lebens, an die sie sich sonst immer erinnern kann. An dieser Verminderung des Gedächtnisses, sowie an der grössern Einengung des Gesichtsfeldes kann man bei ihr das Herannahen eines Anfalles vorhersagen. Nachher ist sie selbst im Stande, ihren Zustand genau zu beschreiben: „Ich weiss es jetzt ganz wohl, warum ich mich an Nichts erinnerte, es geschah dies deshalb, weil ich ausser Stande war, zu suchen, eine Idee zu verfolgen und sie festzuhalten; mein Kopf war ganz leer". Derartige Amnesien sind gewöhnlich allgemein und beziehen sich auf nahezu alle Arten von Erinnerungen. Indessen unterdrücken sie, ebenso wie die andern Formen, bloss die „Ich"-Wahrnehmung der Erinnerungen, die sich aber sehr leicht im halbbewussten Zustande äussern. Hier ist es der gegenwärtige Geisteszustand, der für die Amnesie der Vergangenheit bestimmend ist.

Es gibt noch eine ganz eigenartige Form der Amnesie, die wohl noch lange die Qual der Psychologen bilden wird. Es ist dies die *retrograde Amnesie*, welche ihrem Wesen nach zu den localisirten Formen gehört. Es ist das Verdienst *Ribots*, bei der Darlegung des Gesetzes des Rückschreitens der Erinnerungen[1]) mit der Erforschung dieser Erscheinung begonnen zu haben. Er wies nach, dass die frischen Erinnerungen weniger fest sind als die alten, ohne allerdings den Grund dieses Verhaltens angeben zu können. *Sollier* hat das Interessante dieses eigenartigen Problems wohl begriffen und hat durch geistvolle und wichtige Bemerkungen zu dessen Erklärung beigetragen.[2]) Er hat beispielsweise die Untersuchung der von *Ribot* angegebenen Gesetze wieder in Angriff genommen und glaubte in der häufigen Wiederholung der alten Erinnerungen die Ursache ihrer grössern Beständigkeit gefunden zu haben. Wie er — in wohl etwas spitzfindiger Weise — annimmt, ist der Kranke geneigt, seine Amnesie auf einen Zeitraum zu erstrecken, welcher im Verhältnis zu der angenommenen Dauer des Unfalles steht, der ihn betroffen hat, und er stellt sich auf Grund einer Einbildung diese Dauer viel grösser vor, als sie in Wirklichkeit war. Er fügte auch eine in manchen Fällen

[1]) *Ribot:* „Die Erkrankungen des Gedächtnisses". 1883, 88.
[2]) *Sollier:* Op. cit., 48, 69.

zutreffende Bemerkung hinzu, dass nämlich der die Ursache der Amnesie bildende Unfall mit den Vorgängen verknüpft sein muss, die ihm vorangiengen und ihn vorbereiteten, und diese Vorgänge nun mit in den Bereich der Vergessenheit hinein gezogen werden. *Sollier* denkt wohl, gleich mir, dass diese Erklärungen keineswegs endgiltig sind und nur zeitweilig für ganz bestimmte Fälle passen.

Ich verfüge ebenso wenig über eine Erklärung der rückschreitenden Amnesie und will hier nur die Aufmerksamkeit auf eine bestimmte Einzelnheit der Erscheinung lenken. Diese Art der Amnesie ist wohl viel häufiger, als man annimmt und ist mit nahezu sämmtlichen andern Arten der localisirten Amnesie vergesellschaftet. Die alten Magnetiseure haben dies Verhalten oft bemerkt und auch *Bernheim* legt neuerdings darauf besonders Gewicht.[1] „Sämmtliche künstlich hervorgerufenen Somnambulismen, wenn sie auch noch so kurz dauern, sind von rückschreitender Amnesie begleitet. Hier ein Beispiel dafür: Ich führe Bertha, während sie ganz wach ist, mit mir, ich lasse sie über verschiedene Dinge plaudern, und gebe ihr verschiedene Aufträge. Ich fordere sie auf, Zündhölzchen zu suchen und Feuer anzumachen. Das Ganze dauert etwa zwanzig Minuten, dann schläfere ich sie wieder ein. Wenn sie nun eine Stunde später wieder erwacht ist, so fragt sie ganz erstaunt, wer das Feuer angemacht habe. Indessen ist sie es selbst, die das Feuer anmachte, während sie wach war —, etwa eine Viertelstunde vor der Einschläferung. Ich stelle nun fest, dass sie nicht nur den Zeitraum des eigentlichen somnambulen Zustandes, sondern auch die vorhergehenden zwanzig Minuten vergessen hat. Das gleiche Verhalten findet man bei Fernande, bei Margarethe, mit einem Wort, beinahe bei sämmtlichen Somnambulen. Indessen ist diese Thatsache in noch weiterem Umfange giltig. Es ist bekannt, dass gewisse Suggestionen nach ihrer Durchführung vergessen werden. Dieses Vergessen erstreckt sich nicht nur auf die Ausführung der Suggestion, sondern auch auf die unmittelbar. vorhergehenden Handlungen, die indessen noch von der Suggestion unabhängig waren. Das Gleiche gilt auch genau für die triebartigen Handlungen. Die unterhalb der Bewusstseinsschwelle liegenden Vorgänge, die bei der automatischen Schrift sich vollziehen, führen nicht nur das Vergessen der Schrift selbst, sondern auch das Vergessen der begleitenden Handlungen vor, während und selbst kurze Zeit nach der automatischen Schrift, mit sich.

---

[1]) *Bernheim:* „Ueber retroactive Amnesie beim künstlich erzeugten Schlafe". Revue de l'hypnotisme. 1889, 12.

Wenn man die Dinge von einem andern Gesichtspunkte aus betrachtet und darnach forscht, wo sich die Erinnerung an die anscheinend vergessenen Handlungen befindet, so sieht man, dass z. B. Bertha in einem neuen somnambulen Zustand nicht nur die Erinnerung an den ersten wieder erlangt, sondern auch an die vorhergehenden Handlungen, in diesem Falle an das von ihr angezündete Feuer wiedererlangt. Im Somnambulismus kehrt auch die Erinnerung an die Ausführung der Suggestion und an die begleitenden Handlungen wieder. Bei einer neuerlichen automatischen Schrift stellt sich nicht nur die Erinnerung an diese selbst, sondern auch an die zeitlich ihr nahegelegenen Vorgänge ein. Die Dinge stellen sich mit einem Worte so dar, als ob diese vorangegangenen oder nachfolgenden Zeiträume künftig einen Theil des abnormen Zustandes bilden sollten. Man könnte gleichsam diesen abnormen Zustand als übergreifend bezeichnen, indem er die naheliegenden Ereignisse an sich zieht und sie unter die Schwelle des Bewusstseins mitreisst. Diese Eigenthümlichkeit des Uebergreifens seelischer Vorgänge ist sehr bemerkenswert und spielt in der Pathologie der fixen Ideen eine grosse Rolle. Es ist dies in keiner Weise eine Erklärung der rückschreitenden Amnesie, die für mich wenigstens, etwas geheimnisvolles besitzt, es ist nur eine kleine Einzelnheit mehr, über die man sich bei diesen Untersuchungen stets Rechenschaft geben muss. Sie zeigt uns nur, dass manchmal die Ausdehnung der Amnesie von den vergessenen Vorgängen selbst abhängig ist.

Diese Vorgänge sind nicht vollständig ausgeschaltet, sie sind auch nicht ruhend, sondern beeinflussen fortgesetzt die Vergrösserung oder Verkleinerung der Amnesie.

4. Schliesslich erachte ich es für nothwendig in gewissen Fällen auch auf die Veränderungen der Sensibilität, deren Einfluss auf das Gedächtnis grösser ist, als man es annimmt, Gewicht zu legen. Wie ich bereits zu Beginn dieses Capitels bemerkte, betraf derjenige Fall von Amnesie, der mich am meisten interessirte, eine Kranke des Krankenhauses in Havre, die ich unter dem Namen Rosa beschrieben habe. In ihrer Erinnerung bestand eine unzweifelhafte Lücke, die einen Zeitraum von drei Monaten umfasste und in einer derartigen Dauer gewiss selten vorkommt. Im Gegensatze zu den Kranken, von denen wir soeben sprachen, reichte es bei ihr nicht hin sie in irgend welcher Weise zu hypnotisiren, um ihre Erinnerung wieder erwecken zu können, und ich konnte auch trotz zahlreicher mehr als sechs Wochen hindurch ausgeführten Versuche, das Wiederauftreten der

Erinnerung an diesen langen Zeitraum nicht wahrnehmen.[1]) Diese Frau zeigte, wie es bei schwer Hysterischen oft vorkommt, einen schwankenden, fortwährend wechselnden von Krampfzuständen und kleineren convulsiven Anfällen unterbrochenen Somnambulismus. Eines Tages, als sie sich in einem solchen zufälligen Somnambulismus befand, sagte sie mir freiwillig: „Sie haben mich oft gefragt, was sich im August und September zugetragen hat. Warum konnte ich nicht antworten, da die Sache so einfach ist? Jetzt weiss ich es ganz genau, ich habe dies und jenes gethan“ etc.[2]) Die Erinnerung an die vergessenen drei Monate war vollständig zurückgekehrt, wie ich es auch bestätigen kann. Von dem Augenblick an, wo der Somnambulismus sich änderte und die Kranke erwachte, oder in einen neuen Somnambulismus verfiel, verschwanden diese Erinnerungen neuerdings völlig. Ich forschte nun nach, was an diesem Zustande Eigenthümliches wäre, und wurde durch die Feststellung einer, wie ich noch jetzt glaube, bemerkenswerten Thatsache in lebhaftes Erstaunen versetzt. In diesem eigenartigen Somnambulismus, der die Wiederkehr der Erinnerungen mit sich brachte, hatte Rosa plötzlich die Tast- und Muskelempfindung der rechten Seite wiedererlangt, während sie bei den anderen somnambulen Zuständen stets vollkommen anästhetisch war. Von anderer Seite wurde mir, Dank den Nachrichten, die ich glücklicherweise sammeln konnte, gezeigt, dass Rosa, während der drei Monate, deren Erinnerung verloren gieng, rechtsseitige Empfindung besass, dagegen linksseitig hemianästhetisch war. Die — wie ich zugestehe — zufällige Wiederkehr des gleichen Sensibilitätszustandes war von der Wiederkehr sämmtlicher Erinnerungen aus diesem Zeitraum begleitet. Derartige Thatsachen wurden, wie ich glaube, oft genug beobachtet. Ich will hier nur die ungewöhnliche Krankengeschichte des Louis V. . . anführen, an welcher zahlreiche Forscher mitgearbeitet haben.[3]) Dieser berühmte Kranke zeigte fünf bis sechs verschiedene „Ich“-Zustände, eigentlich aber fünf oder sechs verschiedene Zustände des Gedächtnisses, von denen jeder durch bestimmte Erinnerungen und Amnesien gekennzeichnet war. In jedem dieser Gedächtniszustände zeigte er ein besonderes Verhalten der Sensibilität und es genügte — wenn es möglich war — künstlich diesen oder jenen Zustand der

[1]) Es ist hier die Bemerkung am Platze, dass ich damals nicht, wie heute den Gebrauch der automatischen Schrift kannte, die mir wahrscheinlich andere Ergebnisse geliefert hätte.

[2]) Autom. psych. 1889, 94.

[3]) *H. Bourru* und *P. Durot:* Die Veränderungen des „Ichs“. 1888, bes. p. 123 u. ff. In demselben Werke noch eine ganze Anzahl gleichartiger Beobachtungen.

Sensibilität herzustellen, damit unmittelbar darnach der dazu gehörige Gedächtniszustand in Erscheinung trete. Man kann bei diesem, sowie bei vielen anderen Kranken eine innige Beziehung zwischen dem Verhalten der Empfindung und dem Verhalten der Erinnerung feststellen, wie wir sie auch bei der Beobachtung Rosa's im Somnambulismus gefunden haben.

Wir haben es versucht, diese Beziehung auf experimentellem Wege zu bestätigen, indem wir ganz bestimmte Anästhesien erzeugten und deren Einfluss auf ebenfalls bestimmte Erinnerungen untersuchten. Auf diesem Wege gelang es uns — wie wir glauben — gewisse Thatsachen festzustellen, die der Beachtung wert erscheinen. Es geschieht o f t, ich will nicht sagen i m m e r, dass eine Hysterische, die eine gewisse Form der Sensibilität eingebüsst hat, nun auch gleichzeitig die

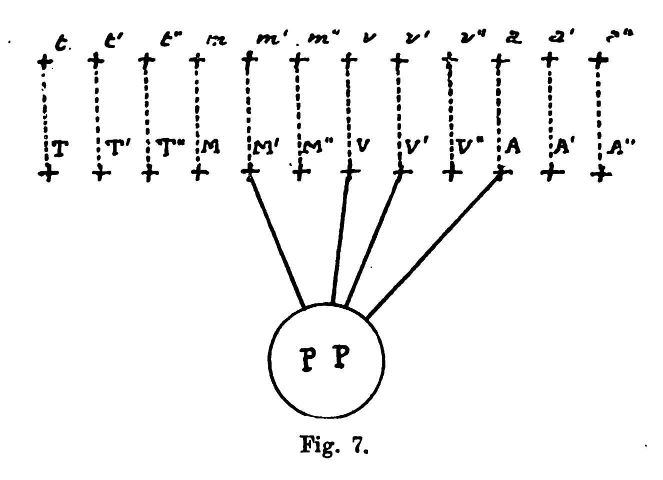


Fig. 7.

Fähigkeit verliert, die von dieser Empfindung abhängigen Vorstellungen aufzufassen. So war eine Kranke, deren Beobachtung ich bereits einmal mitgetheilt habe, von einer vollständigen Dyschromatopsie befallen und konnte weder mit dem einen, noch mit dem andern Auge irgendwelche Farben wahrnehmen. Es war mir geradezu unmöglich, bei ihr irgend eine Farbenhallucination hervorzurufen. Sie sah die Blumen und die Gegenstände, deren Bild ich ihr suggerierte, aber sie sah Alles grau und weiss.[1]) Die Vorstellung und Empfindung der Farben

[1]) *Paul Richer* hat — wie ich glaube — als Erster auf diese Erscheinung hingewiesen („Klinische Studien über die Grande Hysterie“, 1885, p. 707), aber es handelte sich um eine Frau mit einseitiger Farbenblindheit, was allerdings die psychologische Erklärung erschwert. Eine eingehende Erörterung dieser Versuche siehe Autom. psych. p. 96 u. 152.

mangelte in ihrem „Ich"-Bewusstsein vollständig. Manchmal kann man den Beweis auch in umgekehrter Weise durchführen; wenn man nämlich dem Kranken eindringlich eine bestimmte Tastempfindung z. B. die des Kitzelns inspirirt und zwar an einem sonst unempfindlichen Körpertheil, so kann es manchmal eintreffen, dass die Suggestion gelingt und dass der Kranke über die Kitzelempfindung sich beklagt. In diesem Augenblicke nun kann man durch Kneifen des Armes feststellen, dass die Tastempfindung dieses Körpertheiles vollständig wiedergekehrt ist. Die Vorstellung konnte nicht hervorgerufen werden, ohne dass gleichzeitig die Empfindung selbst in das „Ich"-Bewustsein eingeführt wird. Man kann diese Versuche ins Ungemessene abändern und stellt in der Mehrzahl der Fälle ein Gesetz fest, dessen Anwendung sich ganz regelrecht ausführen lässt: Die Empfindungen und Vorstellungen derselben Art scheinen in einem sichern Verhältnisse zu stehen; sie sind in dem „Ich"-Bewusstsein gemeinsam vorhanden oder gemeinsam fehlend. Halten wir uns nun an das Schema, dessen wir uns bereits bedienten (Fig. 7), so können wir an jede Elementarempfindung T T' T" M M' etc. die dazu gehörigen Vorstellungen knüpfen, und zwar die Tastvorstellungen t t' t", die Muskelsinnsvorstellungen m m' m", die Gesichtsvorstellungen v v' v" und die Gehörvorstellungen a a' a". Man kann nun den graphischen Ausdruck dieses Verhaltens herauslesen. Das „Ich"-Bewusstsein P P ist, nachdem es die Empfindungen M' V V' A erfasst hat, fähig, zu gleicher Zeit die damit verknüpften Vorstellungen m' v v' a zu erfassen. Im entgegengesetzten Fall verliert es bei Vernachlässigung der Empfindungen T T' T" gleichzeitig die Vorstellungen t t' t". Es erscheinen mit einem Worte bestimmte Amnesien von den Anästhesien abhängig. Es wäre also die jähe Aenderung im Verhalten der Sensibilität, die für das Auftreten der localisirten Amnesien entscheidend ist.

In gewissen Fällen fasst diese Erklärung die Thatsachen ganz genau zusammen: Die Hysterische, welche in Folge der Einengung ihres Bewusstseinsfeldes ausser Stande ist, andauernd sämmtliche Empfindungen und Vorstellungen gleichzeitig in die „Ich"-Wahrnehmung aufzunehmen, scheint bald die einen, bald die anderen für die Aufnahme auszuwählen. Ihre „Ich"-Wahrnehmung ist eine durchaus schwankende. Die gewöhnlichen Menschen sind — wie *Charcot* sagt — Hörende, Sehende oder Bewegende; einzelne allerdings gehören keinem bestimmten Typus an. Ich glaube, dass es nothwendig ist, für die Hysterischen einen Abwechslungstypus anzunehmen; denn sie gehen auf natürliche oder künstliche Weise von einem Typus in den andern

über. Sie sind z. B. während des Wachens Seh-Menschen, während des Somnambulismus Bewegungs-Menschen. Eine Kranke, Namens Lucie[1]), die ich bereits einmal beschrieben habe, war dieser Beschreibung vollständig angepasst. Natürlich besass oder verlor sie, je nach dem von ihr angenommenen Denktypus, diese oder jene Gruppe von Erinnerungen.

Wie weit nun auch die Berechtigung dieser Annahmen bei bestimmten eigenartigen Fällen gehen mag, so ist doch das Eine wahrscheinlich, dass sie weit davon entfernt sind, die Frage der Vertheilung der Amnesien von Grund aus zu lösen. Es ist thatsächlich leicht zu verstehen, dass das Verschwinden und die Wiederkehr der Erinnerungen im wirklichen Leben sich in viel umständlicherer Weise vollzieht. Es kann ganz gut geschehen, dass das Verschwinden einer bestimmten Empfindung und einer bestimmten Vorstellung nicht immer jenen Grad des Vergessens mit sich führen muss, den man nach der Theorie voraussetzen würde. Es können gleichsam Stellvertretungen stattfinden. Dieselbe Erinnerung z. B. an eine bestimmte Person kann im Geiste durch verschiedene Vorstellungen ausgedrückt werden, z. B. durch die Gehörsvorstellung des Klanges der Stimme, durch die Gesichtsvorstellung der Gestalt etc. Der blosse Namen dieser Person kann ausreichen, um sie uns ins Gedächtnis zu rufen, wenn wir den Gesichtseindruck ihres Antlitzes vergessen haben und es geschieht auch oft genug, dass die Vergesslichkeiten, die jede Amnesie mit sich führen müsste, compensirt sind und überhaupt nicht zu Tage treten. Andererseits spielen gewisse Vorstellungen bei unseren Erinnerungen eine allzu wichtige Rolle. Sie dienen im gewissen Sinne als Mittelpunkte der Vereinigung, um die alle andern Erinnerungen angeordnet sind und ihr Verlust führt, wenn er eintritt, beträchtliche Amnesien mit sich, die anscheinend mit der sie erzeugenden Anästhesie nur in lockerer Beziehung stehen. Wir wollen noch hinzufügen, dass die Verknüpfung der Vorstellungen und Empfindungen, sowie der Tastempfindungen und Bewegungen angewöhnt und allgemein ist, dass sie aber nicht nothwendig stattfinden muss und in bestimmten Fällen auch durchbrochen sein kann. Man wird nun verstehen, warum ich diese Erklärung der Amnesie als nur theilweise giltig und auf bestimmte Fälle beschränkt ansehe.

Diese Untersuchungen über einzelne Formen der Amnesie sind weit davon entfernt, erschöpfend zu sein, denn der ganze Vorgang ist äusserst verwickelt und veränderlich; sie bekräftigen nur unsere

[1]) Autom. psych. 104.

allgemeine Schlussfolgerung, indem sie uns klarlegen, wie das „Ich“-Bewusstsein, welches ausser Stande ist, alle Elemente in das gemeinsame „Ich“ aufzunehmen, die Erfassung dieser oder jener Gruppe von Vorstellungen vernachlässigt. Sie zeigen uns, dass man manchmal auch die Ursache ahnen kann, warum eine bestimmte Gruppe von Erinnerungen b e s o n d e r s bei Seite gelassen wird, sie zeigen aber auch, dass viele verwickelte und wenig bekannte Einflüsse auf diese Wahl bestimmend einwirken.

Drittes Capitel.

Die Abulien.

Der Ausdruck Abulie (ἀ, βουλή) bezeichnet im Allgemeinen die Störungen, beziehungsweise die Herabsetzungen der Willenskraft. Er gilt auch für die Trägheit, das Zaudern, die Kraftlosigkeit bei den Handlungen, sowie für die Langsamkeit, Unentschiedenheit und den Mangel an Aufmerksamkeit bei den Ideen. Dieses Verhalten ist den Irrenärzten zur Genüge bekannt und wurde von ihnen bei vielen Kranken, so z. B. bei den an Alkohol- oder Opiumvergiftung Leidenden, sowie bei den delirirenden Neurasthenikern und Melancholikern beobachtet. Besonders sind es bestimmte Kranke, die in eine noch nicht genau abgegrenzte Gruppe gehören, die das Vorrecht dieser Geistesstörung zu haben scheinen und man hat auch ihren Zustand als „Zweifelwahn“ [1]) bezeichnet. Wenn ich auch gerne zugebe, dass dieses Verhalten für alle diese Kranken charakteristisch ist, so glaube ich doch andererseits, dass es nicht nur ihnen eigenthümlich ist. Die Willenslähmung in all ihren Formen ist eine der häufigsten krankhaften Störungen des geschwächten Geistes, daher findet man sie auch in gleicher Weise bei der Hysterie vor.

Ich glaube sogar, dass dieses Symptom bei der Hysterie eine Hauptrolle spielt, zunächst weil es sehr allgemein ist und bei vielen wichtigen Vorgängen mehr oder weniger mitspielt, z. B. bei der Suggestionsfähigkeit, endlich weil seine grössere oder geringere Schwere auf die Prognose der Krankheit bestimmend einwirkt. Um nun zu zeigen, dass dieses Verhalten es verdient, als ein Wahrzeichen der Hysterie betrachtet zu werden, gedenke ich für das Studium dieses Capitels nur zweifellos Hysterische, die alle classischen Symptome zeigen, zu benützen. Die Individuen, von denen ich sprechen will, sind nicht nur abulisch, sondern es sind Kranke, die bereits in den vorhergehenden Abschnitten studiert wurden und die sowohl Anfälle, als auch Amnesien und Anästhesien, kurz die classischen Symptome zeigen. Eine einzige unter ihnen könnte zu Meinungsverschiedenheiten

---

[1]) Zweifeln im Sinne von „Zögern“, „Zaudern“. (Anm. d. Uebers.)

einigen Anlass geben, es ist dies die Kranke, die ich mit dem Namen Renée bezeichne. Ich erkenne es auch an, dass weder ihre Zerstreutheit, noch ihre Tics, noch auch ihre Anfälle die classische Form zeigen. Wenn nun der Leser darauf besteht, an die Diagnose der Hysterie einen strengen Maasstab anzulegen, so bitte ich ihn, die Einzelnheiten, die ich bezüglich Renée bringen will, bei Seite zu lassen; es werden dadurch in keiner Weise die allgemeinen Schlussfolgungen beeinflusst.

§ 1. Beschreibung und Eintheilung.

Die Hysterischen zeigen sich bereits auf den ersten Blick in zwei verschiedenen Arten des Verhaltens: Die einen sind bewegungslustig, erregt und fröhlich, so wie die Margarethe, die andern ruhig, träumerisch und traurig, wie Bertha. Letztere nähert sich thatsächlich dem Typus an, der als männliche Hysterie bezeichnet wird, in Wirklichkeit aber auch beim Weibe zur Beobachtung kommt. Im Grunde genommen kommen diese beiden Typen nahezu auf das Gleiche hinaus: weder die eine, noch die andere Kranke ist für irgend Etwas tauglich. Sie haben eben jede ernste und nützliche Thätigkeit eingebüsst. Befragt man die Verwandten über den Beginn der Krankheit, so bekommt man immer dieselbe Erzählung zu hören; dass nämlich gleich zu Beginn bemerkt wurde, dass die Kranken arbeitsunfähig wurden. Bereits *Briquet* bemerkte, dass seine Kranken die Arbeitslust verloren und dass demnach die Wiederkehr der Thatkraft als ein Zeichen der Heilung zu betrachten wäre.[1]) Es ist nicht schwer, diese Ansicht zu bestätigen. Diese Trägheit war bei Renée wirklich ungewöhnlich und sie war zwei Jahre hindurch unfähig irgend Etwas zu thun, sei es auch nur einen Knopf an ihr Kleid anzunähen, oder an ihre Verwandten einen Brief zu schreiben. Sie sagte auch: „Verlangen Sie das nicht von mir, denn die kleinste Arbeit kommt mir wie ein Kraftstück vor.“ Eine andere Kranke, Mar. . ., sagte mir wieder: „Ich will gerne den Versuch machen, aber wie ich zu arbeiten anfange, fühle ich mich am ganzen Körper wie zerschlagen.“ Bertha erklärte, es nicht zu begreifen, wie so Leute, welche ein Wenig arbeiten, sich dabei richtig verhalten können.

Es gibt wohl ganz vereinzelte Ausnahmen, die sich durch die fixe Idee, ein paar Sous verdienen zu wollen, erklären, wie dies z. B. bei Marie der Fall ist, oder es handelt sich um eine ganz automatische Art der Arbeit, über die ich noch zu sprechen haben werde. Diese

---

[1]) *Briquet:* Op. cit., 22.

in die Augen fallende Trägheit der anscheinend kräftigen, jungen Mädchen darf nicht einzig und allein als ein Zug ihres persönlichen Charakters betrachtet werden. Man könnte sich dann nicht erklären, warum die Hysterie nur immer träge Personen befällt und es ist andererseits leicht, sich zu erkundigen und dann zu hören, dass dieselben jungen Mädchen früher äusserst thätig waren. Unter den Kranken, über die ich berichten werde, war die eine als sehr begabte Lehrerin thätig, die andere war ein sehr gutes Dienstmädchen, die dritte eine sehr fleissige Arbeiterin. Ueber die frühere Leistungsfähigkeit dieser Kranken wurde von Allen, die über sie sprachen, das günstigste Urtheil abgegeben. Erst seit ihrer Erkrankung können sie nichts arbeiten und der hysterische Zustand ist allein an ihrer Trägheit schuld.

Die Arbeit ist, einzelne seltene Fälle automatischer Art ausgenommen, die bedeutendste Kundgebung der mit Willen ausgeübten Thatkraft und ihr Verschwinden beruht bei den Hysterischen auf einer Schwächung der Willenskraft. Ein englischer Arzt, *Willam Page* hat diese Thatsache in fesselnder Weise zum Ausdruck gebracht. „Der hysterische Zustand ist wesentlich aus zwei Factoren zusammengesetzt, aus dem Verluste der Prüfung und aus der Schwächung der Kraft des Willens. Der Fehler liegt viel mehr in der Willensschwäche, als im hartnäckigen Beharren des Nichtwollens. Der Kranke sagt oft: „ich kann nicht“ — das würde gerade so viel sagen, als „ich will nicht“, bedeutet aber in Wirklichkeit „ich kann nicht wollen“.[1]) *Huchard* bemerkte, dass die Hysterischen sich leicht aufregen und von ihren Leidenschaften leiten lassen. Alle Formen ihres Geisteszustandes lassen sich in dem einen Satz zusammenfassen: sie verstehen nicht zu wollen, können nicht wollen, und wollen nicht wollen.[2]) Dasselbe, was die eben erwähnten Autoren aussprechen, sagen auch die Kranken jeden Augenblick in ihrer Weise. „Ich gehe, ich komme, ich schreie — sagte mir Margarethe — aber ohne etwas zu thun, ohne etwas zu erreichen und ohne etwas zu wollen, ich bin so wie eine Maschine mit gebrochener Feder.“ Das ist es eben, was ich in allgemeiner Weise mit dem Namen Abulie bezeichne, deren Einzelheiten wir nun näher untersuchen wollen.

Man kann beim Studium der Abulien sich der Eintheilung bedienen, die uns bereits einige Dienste geleistet hat und darnach systematische, localisirte und allgemeine Abulien unterscheiden. Es

---

[1]) *W. Page:* „Injuries of the spine and spinal cord etc.“ 1883.

[2]) *M. Huchard:* „Geisteszustand und Benehmen der Hysterischen“. Arch. de neurol. 1882, I., 203.

sei gleich bemerkt, dass hier, wahrscheinlich in Folge unserer geringen Kenntnis dieser Erscheinung, die beiden ersten Gruppen ungenau abgegrenzt und schwer zu diagnosticiren sind, und dass nur die dritte Gruppe von Bedeutung ist.

Die *systematischen Abulien* sind Lähmungen des Willens, die sich nicht auf die Gesammtheit der Handlungen erstrecken, sondern nur auf eine besondere Handlung oder auf eine Gruppe derselben. Zweifellos kommen derartige Lähmungszustände vor und die dadurch unmöglich gemachten Handlungen sind nicht immer solche, die uns besonders schwer erscheinen.

Renée z. B. (ich führe sie hier an, weil ich glaube, dass es sich bei ihr wirklich um systematische Abulie handelt), verliert ganz plötzlich die Fähigkeit des Sprechens und Schreibens. Sie bringt es nicht einmal dazu, einer bestimmten Person „guten Tag" zu sagen, während sie alle Andern zu grüssen vermag.

Im Allgemeinen ist es sehr schwierig, mit Sicherheit die Diagnose einer systematischen Abulie zu stellen. Man weiss, dass wenn nur eine ganz bestimmte Handlung im Spiele ist, diese auf verschiedene Weise unterdrückt werden kann. Zunächst kann eine Handlung durch eine fixe Idee, die ihr in den Weg tritt, verhindert werden; wenn Isabella, nachdem sie in einem Anfall davon gesprochen hat, Hungers zu sterben, dann sich weigert, zu essen, so werde ich gewiss nicht daran denken, dass es sich um einen zur Abulie gehörigen Vorgang handle. Doch hier ist es gewiss nicht schwer, das Richtige zu treffen. Grössere Verlegenheit bereitet uns der Umstand, dass jede Handlung eine verwickelte psychologische Erscheinung ist und vor allem aus zwei Theilen besteht u. zw. aus dem Willen zur Handlung und der Ausführung derselben. Wenn nun irgend eine einzelne Handlung geschwunden ist, so ist es nicht leicht zu sagen, welche von den beiden Functionen gestört sei. Diese Streitfrage, des „Nicht-Könnens" oder „Nichts-Wollens" ist es, welche die Forscher, die sich mit der Abulie beschäftigen, in zwei Lager getheilt hat.[1])

Ohne Zweifel berühren sich diese beiden Vorgänge nahe und vermischen sich beinahe vollständig beim normalen Menschen. Diese Vermengung kann auch beim Kranken vorhanden sein und man kann wohl mit *Féré* sagen: „Das Nicht-Wissen, das Nicht-Können und das Nicht-Wollen sind gleichwertige Ausdrücke der psychomotorischen Lähmung." [2]) In gewissen Fällen ergibt sich aber die Nothwendigkeit

[4]) *D. J. Rivière:* „Beitrag zum klinischen Studium der Abulie". 1891, 11.

[1]) *Féré:* „Empfindung und Bewegung". 1887, 148.

einer genauern Unterscheidung. Ein Mensch, der weiss, was er zu thun hat, der sich die zur Vollendung bestimmte Handlung vergegenwärtigt, aber in seinem Geiste nicht die Mittel zur Ausführung findet, also einfach vergessen hat, wieso man sich bei einer Handlung zu verhalten hat, ist nicht den Kranken gleichzustellen, der sich keine Mühe gibt, die Handlung zu begreifen und auch sonst keinerlei Anstrengung macht. Der Eine ist einfach amnestisch, der Andere abulisch. Vom prognostischen Standpunkte aus ist dies keineswegs gleichgiltig. Mir erscheint z. B. die Astasie-Abasie als eine Form der Amnesie, welche die Bewegungsvorstellungen betrifft, und nicht als eine Abulie im eigentlichen Sinne des Wortes. Diese Unterscheidung bringt manchmal Schwierigkeit mit sich, wenn es sich um eine einzelne Thätigkeit handelt. Ich nehme mit *Rivière*[1]) an, dass das Nicht-Wollen häufiger bei den allgemeinen Abulien, das Nicht-Können häufiger bei der System-Abulie vorkommt. Das Ganze läuft darauf hinaus, dass diese letztere häufig eine blosse Amnesie ist.

Wie es auch damit sein möge, einzelne System-Abulien bieten ein grosses Interesse. Viele Kranke hören augenblicklich auf, sprechen, essen, oder sich von ihrem Sessel erheben zu können; oder sie können sich nicht mehr dazu aufraffen, ihr Handwerk auszuüben (Handwerksunthätigkeit nach *Levillain*). Ich will nur auf eine von diesen Schwächeformen Gewicht legen, die meine Aufmerksamkeit lebhaft in Anspruch nahm und die mir mit der Abulie inniger verknüpft erschien als die andern. Ich meine nämlich die Willenslähmung des Schlafes.

Dieser Ausdruck erscheint wohl fremdartig, denn die Psychologen sind nicht gewohnt, den Schlaf als Thätigkeit aufzufassen und ihn irgendwie mit der Willensthätigkeit in Beziehung zu setzen. Denkt man aber näher darüber nach, so wird man finden, dass die Willensthätigkeit bei diesem Vorgange eine grosse Rolle spielt. Es gibt Personen, die über sich selbst eine grosse Willensherrschaft ausüben und die nach Belieben zu jeder Stunde des Tages oder der Nacht einschlafen können. Ein diesbezüglicher Ausspruch Napoleons ist wohl bekannt: „Wenn ich irgend eine Sache unterbrechen will, so schliesse ich deren Schublade und öffne eine andere. So vermengen sie sich nicht unter einander und verursachen mir weder Störung, noch Ermüdung. Will ich nun schlafen, so schliesse ich alle Schubladen und komme dann sofort in Schlaf.“ [2]) — Eine andere Bemerkung kann gleich hier angeschlossen werden: Die Mehrzahl der ältern Magnetiseure, wie

---

[1]) *Rivière:* Op. cit., 28.

[2]) Nach *Taine:* „Régime moderne“. 1891, I., 25.

Bertrand, *Charpignon*, *Ordinaire* und besonders der General *Noizet*,[1]) legt darauf Gewicht, dass man den Schlaf ebenso wie irgend eine Handlung durch Suggestion hervorruft. *Bernheim*[2]) hat diesen alten Satz oft wiedergegeben, u. zw. mit Recht, denn an der Thatsache selbst besteht kein Zweifel. Damit soll in keiner Weise gezeigt werden, dass der natürliche Schlaf mit dem Somnambulismus zusammengelegt werden kann, denn die Suggestionsvorgänge vermischen sich nicht gewaltsam untereinander; es ergibt sich nur daraus, dass der Schlaf so gut wie irgend eine Thätigkeit von den Ideen abhängig ist. Diese Bemerkungen bereiten das Verständnis für eine Thatsache vor, die ich sehr oft beobachtet habe: Die Abulischen verstehen es nicht, schlafen zu wollen, und wissen auch weiter nicht, aufwachen zu wollen. Bertha denkt, nachdem sie den Tag mit Nichtsthun zugebracht hat, ans Spielen oder fragt, ob es nicht Zeit wäre, ein wenig zu arbeiten, wenn der Augenblick des Schlafengehens kommt. Schilt man sie nun aus, so weint sie und erklärt, dass sie versuchen wolle zu schlafen, doch der Versuch misslingt ihr und sie weiss thatsächlich nicht, wie sie es anfangen soll, sich zum Schlafen zu entschliessen. Wenn die Abulie bei ihr zunimmt, z. B. nach Ermüdung, so nimmt auch die Schlaflosigkeit zu, und zwar gerade in dem Augenblicke, wo das Einschlafenkönnen besonders am Platze wäre. Wenn man sie durch Suggestion einschläfert, wie ich noch näher ausführen werde, so versteht sie dann nicht mehr aufzuwachen, oder erwacht nur halb, ohne sich für den einen oder den andern Zustand entscheiden zu können. Dieser Vorgang ist sehr häufig und es ist auch der Schlaf bei den Nervenkrankheiten eine so wichtige Sache, dass diese Bemerkungen über die systematische Schlafabulie darin ihre Entschuldigung finden können.

Der Ausdruck *localisirte Abulie* könnte für die Bezeichnung mehrerer Dinge angewendet werden. Gewisse Kranke, wie z. B. Margarethe, haben an dem Tage, der dem Anfalle vorausgeht, periodische Abuliezustände von Augenblicksdauer. Alle Ideen schwirren bei ihr durcheinander und sie vermag dann nicht mehr etwas zu wollen oder ihre Aufmerksamkeit auf etwas zu richten. Obwohl nun immer genug abulisch, ist sie es doch nicht andauernd in diesem Maasse. Man könnte sagen, dass die Abulie manchmal nicht in Bezug auf bestimmte Thätigkeiten, sondern auf bestimmte Körpertheile des Kranken localisirt ist. Man weiss, dass die Hysterischen auf ihre anästhetischen Körpertheile wenig aufmerken, beinahe vollständig an sie vergessen und sie

[1]) General *Noizet:* „Denkschrift über den Somnambulismus". 1854, 86.

[2]) *Bernheim:* „Der Hypnotismus". 1891, 72.

— in Folge davon — auch nicht gleich den empfindenden Körpertheilen willkürlich bewegen können. Diese Bewegungsstörungen verdienen es wohl, für sich gesondert untersucht zu werden. Schliesslich sei noch hervorgehoben, dass dieser Mangel der Synthese, der doch das Wesen der Abulie ausmacht, sich nicht in gleicher Weise auf alle psychologischen Vorstellungen erstreckt. Marcelle, deren hochgradige Abulie noch eingehender besprochen werden soll, verknüpft und begreift die Gehörvorstellungen besser als die Gesichtsvorstellungen, und diese wieder besser als die Muskelsinnsvorstellungen. Doch kann man sagen, dass die Kenntnis dieser localisirten Abulien noch nicht genug vorgeschritten ist.

Die *allgemeinen Abulien*, die sich auf alle Handlungen und alle Gedanken in gleicher Weise erstrecken, sind weitaus die wichtigsten. Sie zeigen sich fast immer unter zwei Ausdrucksformen, die fast stets vereinigt sind, deren Beschreibung aber getrennt werden kann. Diese beiden Formen sind: die Bewegungsabulien und die Verstandesabulien. Nach *Charcot* ist es für das Verständnise iner Krankheit von Bedeutung, die am meisten klare und typische Form zu studieren. Ich war in der Lage, bei Falret, eine Hysterische zu untersuchen, deren hervorstechendes Krankheitszeichen in einer ausserordentlichen Abulie bestand. Ich bin von der Behauptung weit entfernt, dass etwa alle Kranken nach diesem Vorbilde sich richten, aber ich glaube, dass es von Nutzen ist, die Beschreibung dieses Falles hier zu geben, bevor wir an die Untersuchung der abgeschwächten und weniger ausgeprägten Fälle herangehen.

Die augenfälligste Thatsache, die man bei dieser Kranken vor Allem feststellt und das erste Symptom, über das sie klagt, besteht in einer ganz merkwürdigen Schwierigkeit der Bewegungen. Sie sitzt meist unbeweglich auf dem Stuhl, wobei sie maschinenmässig mit einer Häkelarbeit sich beschäftigt und weigert sich nahezu stets, ihre Stellung zu verändern oder eine Bewegung zu machen. Fordert man sie auf, den Arm zu bewegen oder die Hand auszustrecken, um einen auf dem Tisch liegenden Gegenstand, den man ihr zeigt, zu ergreifen, so verweigert sie dies mit einer ärgerlichen und schmollenden Miene. Wenn man ihr nun lange und eindringlich zuredet, so erhebt sie sich langsam, bewegt die Hand ein wenig nach vorne, hält aber dann inne, bleibt unbeweglich und sagt: „Ich kann es doch nicht“, dann zieht sie den Arm zurück. Dann streckt sie den Arm neuerdings ein wenig aus, bleibt unentschlossen, macht unnütze und unzusammenhängende Bewegungen, schliesslich ergreift sie mit einer jähen Bewegung den Gegenstand, legt ihn aber oft noch einigemale auf den

Tisch, bevor sie sich endgiltig entschliesst, ihn in der Hand zu behalten. Dieses Zaudern bis zur Ergreifung eines Federhalters oder eines Glases kann eine Viertel-, selbst eine halbe Stunde dauern. Marcelle zeigt andererseits sehr oft keine derartige Beharrlichkeit und nach einigen vergeblichen Versuchen zieht sie die Hand zurück und rührt sich nicht weiter; dann erklärt sie mit übellauniger Miene, dass sie es nicht könne und nicht einmal mehr versuchen wolle. Ganz so geht es ihr auch, wenn sie allein ist. Sie könnte nicht dazu kommen, sich zum Schlafengehen auszukleiden, wenn man ihr dabei nicht helfen würde. Sie zögert auch ihr Kleid anzufassen, schliesslich gelingt es ihr, dasselbe ein Wenig zu erheben, aber statt damit fortzufahren, legt sie es wieder zurück und beginnt von Neuem. Eines Tages traf ich sie mit leeren Händen, ohne ihre gewohnte Häkelnadel, die aber auf einem Tisch lag, der etwa einen Meter weit entfernt war. „Ich langweile mich sehr — sagte sie zu mir — weil ich meine Häkelnadel nicht habe; bitte sie mir zu geben.“ Ein anderes Mal treffe ich sie im Zimmer eingeschlossen und werfe ihr vor, dass sie nicht bei diesem schönen sonnigen Tage die Gelegenheit zum Spazierengehen benützt hätte. „Ich habe es versucht“ — antwortete sie — „ich konnte aber nicht gehen und bin darum sitzen geblieben. Man kann an diesem Beispiele ersehen, dass dieses Zaudern sich auch auf die Bewegungen der Beine erstreckt hat. Es kommen bei ihr auch Augenblicke vor, wo sie jede Antwort schuldig bleibt und nicht einmal im Stande ist, den Mund aufzumachen. Am nächsten Tag erzählt sie, dass sie sprechen wollte, aber ausser Stande war, dies zu thun. Mit einem Worte, sämmtliche willkürlichen Bewegungen der Arme, der Beine, selbst der Zunge und der Lippen tragen in gleicher Weise das Gepräge des Zauderns und der Schwäche.

Dieses Zaudern und diese Schwäche, die nicht in irgend einer Lähmung ihren Grund haben, können hier nicht mit einer fixen Idee in Verbindung gebracht werden, wie es z. B. der Gedanke wäre, dass die zu ergreifenden Gegenstände widerwärtig oder gefährlich seien. Behalten wir die Gründe im Auge, durch die es uns hier, sowie in den anderen Fällen ermöglicht wird, die motorische Abulie von der Berührungsfurcht differentialdiagnostisch zu trennen.

Ich überrasche Marcelle oftmals in Augenblicken, wo ihr Zaudern am stärksten ausgeprägt ist, und frage sie dann, ob sie wirklich ein Gefühl des Widerwillens empfinde. Sie gesteht, dass sie ein solches Gefühl nicht empfindet, und wenn man weiter in sie dringt, gibt sie es auch zu, dass es ihr wirklich ganz und gar unbekannt ist, woher ihr Zögern eigentlich kommt. Schliesslich ist die krankhafte Berüh-

rungsangst (wenigstens als primäres Symptom) gewöhnlich auf einzelne Gegenstände beschränkt, welche die Einbildungskraft der Kranken in Erregung setzten — z. B. Thürknäufe, kupferne Gegenstände, Stecknadeln, Möbelstücke etc. Marcelle selbst beschwert sich bei mir, dass man sie mit Unrecht anschuldigt, dass sie vor den Thürknäufen Furcht hätte. Ihr Zögern erstreckt sich nicht mehr bloss auf die Thüren, sondern ist allgemein und ohne Unterschied auf sämmtliche Dinge sich erstreckend.

Ein kleines Experiment ist geeignet, zur Entscheidung der ganzen Frage wesentlich beizutragen. Ich habe den Eindruck, dass die Beobachter, welche sich mit der krankhaften Berührungsangst beschäftigten, in ihren Auseinandersetzungen nicht strenge genug die beiden Arten der Berührung, nämlich die active und passive, von einander geschieden haben. Man muss — wie ich glaube — bei dieser Wahnform die krankhafte Aenderung bei beiden Arten der Berührung feststellen und es ist dazu nothwendig, dass der Kranke nicht nur nicht selbst einen Gegenstand berühren kann, sondern auch, wenn man den Gegenstand ihm nähert, vor der Berührung zurückscheut. Ich habe nun bei Marcelle niemals die geringste Furcht vor passiver Berührung gefunden. Sie kommt nicht so weit, meine Hand zu berühren und zögert ins Ungemessene; sie bleibt aber ruhig und ist auch nicht ungehalten, wenn ich selbst ihre Hand ergreife. Sie selbst ist nicht im Stande ein Papier anzurühren, sie weicht aber nicht zurück und beklagt sich auch nicht, wenn ich es ihr auf die Hände lege. Sie verlangt sogar oft, dass man ihr Etwas geben solle. Die Berührung ist ihr nicht verhasst und sie hat auch keinerlei Widerwillen dagegen. Bei ihr ist nur die active Berührung gestört, i. e. jener Vorgang, der zur Erfassung eines Gegenstandes nothwendig ist. Bei diesem Vorgange aber ist die Bewegung selbst das Grundelement, nicht aber die Berührung, die hier nicht weiter im Spiele ist.

Was die Beobachtung noch beweiskräftiger macht, ist der Umstand, dass die Bewegungen an und für sich, die nichts mit Berührung zu thun haben, ebenfalls erschwert sind. Margarethe zeigt beim Aufstehen, Gehen, Sprechen dasselbe Zögern, wie beim Erfassen eines Gegenstandes. Man ruft die gleichen Anstrengungen, das gleiche Zaudern hervor, wenn man sie einfach auffordert, den Arm in die Höhe zu heben. Wir stehen hier vor einer psychologischen Störung, die sich auf die Bewegungsfähigkeit erstreckt, auf jene Vorgänge, von denen die Bewegungen abhängig sind.

Dies ist das Bild der vollständig ausgebildeten Bewegungsabulie. In den meisten Fällen ist sie allerdings nicht in einem so hohen

Grade ausgeprägt. Die von der Willkür abhängigen Handlungen sind dann bloss peinlich, verlangsamt, kurzdauernd und von zahlreichen Stockungen unterbrochen. Die Kranken brauchen eine unendliche Zeit zum Ankleiden, Essen, Nähen oder Schreiben irgend eines kleinen Briefes. Insbesondere bereitet ihnen das Fassen eines Entschlusses grosse Pein, ebenso das Anfangen einer neuen Arbeit und gar oft ist der so schwer gefasste Entschluss für die Kranken ohne Nutzen, denn das hervorstechendste Merkmal besteht bei ihnen darin, dass sie niemals etwas vollenden, was sie begonnen haben. Der Entschluss ist nicht von Dauer; gleich beim ersten Hindernis und beim kleinsten Zwischenfall werden sie zerstreut, jagen einem neuen Gedanken nach und lassen den frühern vollständig bei Seite. „Ich hatte doch schon einen guten Entschluss gefasst“ — sagt Bertha — „doch, was wollen Sie, er ist wieder zerstört worden, weil jemand hineingekommen ist.“ Um doch zur Durchführung einer Sache zu kommen, sind diese Kranken gezwungen, anscheinend einfache Handlungen in Abtheilungen und Unterabtheilungen zu zerlegen. So werden sie heute eine Anstrengung machen, eine Nadel zu suchen; am nächsten Tage wieder eine zweite, um einen Faden zu suchen nnd vielleicht übermorgen mit dem Nähen beginnen. Sie zerlegen gleichsam ihre Handlungen in Bruchstücke [1]), können aber trotzdem niemals zur Ausführung einer schwierigeren Thätigkeit gelangen.

Die *Verstandesabulie:* Es ist unmöglich, an das Studium der Neurosen und Geisteskrankheiten heranzutreten, ohne sich über dieses wesentliche Merkmal Rechenschaft zu geben. Der Wille ist nicht bloss eine Bewegungsthätigkeit, er spielt auch eine wichtige Rolle bei der Bildung der Intelligenz und ich bin mit *Wundt* [2]) und *Bastian* [3]) geneigt anzunehmen, dass diese Verstandesfunction etwas Primäres sei und die Handlungen blos äussere Kundgebungen derselben seien. Hält man an diesem Gesichtspunkt fest, so erscheint uns der Wille als „Aufmerksamkeit“ und seine wichtigste Leistung ist, uns die tieferen psychologischen Vorgänge, Empfindungen und Vorstellungen durch Verknüpfung verständlich zu machen (comprehendere), um uns das Verstehen der Dinge zu ermöglichen. Diese Form des Willens ist ebenso wie die andere bei den Abulischen krankhaft verändert und es treten diese beiden Veränderungen gewöhnlich gleichzeitig auf.

---

[1]) *Raymond* und *Arnaud:* „Ueber einzelne Fälle von Abulie“. Annales medico-psychologiques. 1892, II., 79.

[2]) *Wundt:* „Physiologische Psychologie“, übers. 1886, II., 444.

[3]) *Bastian:* „Die nervösen Vorgänge bei der Aufmerksamkeit und dem Willen“. Revue philosophique. 1892, I., 353.

Diese Erschwerung der Aufmerksamkeit wurde bereits bei den ältesten Beobachtungen über Abulie hervorgehoben, so von *Leuret* 1834, *Billod* 1843 und auch von den neuesten Autoren. Ein Amsterdamer Arzt, Namens *Guge*[1]), hat ähnliche Störungen der Aufmerksamkeit im Verlaufe von Nasenerkrankungen beobachtet und ihnen den Namen Aprosexie (ἀ, προσέχειν) gegeben. Dieser Ausdruck erschien treffend und wurde auch für die im Verlaufe der Neurosen vorkommenden Störungen der Aufmerksamkeit verwendet. Ich werde zunächst, der Regel folgend, die vollständigste Form der Aprosexie untersuchen, dann werde ich die abgeschwächten Formen, die hier von besonderem Interesse sind, beschreiben.

„Es geschah mir eines Tages", sagt die heilige Therese[2]) „als ich die Lebensbeschreibung eines Heiligen lesen wollte, dass ich einige Zeilen vier oder fünfmal hintereinander las, ohne sie verstehen zu können, obwohl sie in gewöhnlicher Sprache geschrieben waren, — so dass ich das Buch wegwarf; dasselbe hat sich dann noch zu verschiedenen Malen bei mir ereignet." Die Hysterischen von heutzutage ermangeln nicht in diesem Punkte, sowie in vielen andern das Beispiel ihrer berühmten Schutzheiligen zu befolgen. Man kann thatsächlich, wenn man sie auffordert, einige Zeilen mit Aufmerksamkeit zu lesen und das von ihnen Verstandene zu erklären, in den einfachen Fällen die Abulie in deutlichster Weise ans Licht bringen.

Die Art, wie Marcelle eine Zeitung liest, ist ein merkwürdiges Schauspiel für einen Psychologen. Ich bezeichne ihr eine Zeile und bitte Sie, dieselbe zu lesen. Sie gehorcht und scheint ganz still zu lesen. „Ich bin fertig!" sagte sie. „Was haben Sie, gelesen? Worum handelt es sich?" „Halt, ich weiss es nicht, lassen Sie mich noch einmal lesen!" Sie liest noch einmal still für sich. — „Nun, was gibts?" Sie wird ganz verblüfft. „Ich weiss gar nicht," sagt sie, „worum es sich handelt; es will mir nicht in den Kopf hineingehen?" „Lesen Sie ganz laut!" Sie liest nun ganz laut und richtig, wenn auch mit eintöniger Stimme. Wenn sie geendet hat, so ist der Schlusserfolg derselbe, — sie versteht nämlich Nichts. Sie liest das Französische so, wie sie eine fremde Sprache lesen würde. Sie spricht die Worte aus, versteht streng genommen jedes einzelne Wort für sich, der Sinn des Satzes ist ihr aber ganz unverständlich.[3])

---

[1]) Nach *Rivière:* Op. cit., 21.

[2]) Lebensbeschreibung der heil. Therese, p. 184.

[3]) „Ueber einen Fall von Abulie und fixen Ideen". Revue philosophique. 1891, I., 389.

Indessen mangeln ihr nicht die Wahrnehmungen, denn sie liest richtig und mit lauter Stimme. Handelt es sich hier um eine Gedächtnisstörung? Die meisten Beobachter, welche derartige Fälle mittheilen, scheinen dies anzunehmen und sagen, dass der Kranke den Anfang des Satzes vergessen hat, wenn er das Ende liesst. Das hiesse, bei der Mehrzahl der Abulischen eine ungewöhnliche Dauerform der Amnesie vorauszusetzen. Bei Frau D. . . mag vielleicht der Vorgang ein derartiger sein, aber man weiss andererseits, dass Marcelle die jüngsten Ereignisse erst nach einigen Stunden vergisst. Andererseits zeigt die Erfahrung, dass es sich nicht ganz so verhält: „Es geschah einmal, dass ich sie, unmittelbar nachdem sie mit lauter Stimme gelesen hatte, um die Worte befragte, die in den beiden Zeilen enthalten waren. Sie war im Stande, beinahe Alle aufzuzählen, aber ohne den Sinn des Satzes zu begreifen. Diese Aufzählung der Worte vollzieht sich nicht in der Anordnung des Gelesenen, sondern scheint in einer durch alltägliche Ideenverknüpfungen bestimmten Anordnung stattzufinden. Sie zählt gleichklingende und gleichbedeutende Worte gleichzeitig auf. Eines Tages las sie eine kleine Zeile über einen Brand, wobei mehrere Ziffern vorkamen, u. zw. das Datum, die Zahl der verbrannten Häuser und die Zahl der Opfer. Sie zählte mir nachher, ohne einen Irrthum zu begehen, die in jener Zeile enthaltenen Ziffern auf, ohne aber ihre Bedeutung zu erfassen. Man sieht daraus, dass diese Verstandesstörung nicht von der Wahrnehmung, auch nicht vom Gedächtnis und der Ideenverknüpfung im gewöhnlichen Sinne abhängig ist. Es handelt sich hier um eine eigenthümliche Störung der Aufmerksamkeit, deren Mechanismus wir gleichzeitig mit dem der Abulie untersuchen wollen. Dieselbe Erscheinung der Verstandesschwäche beim Lesen gelangt auch bei anderen Kranken zur Beobachtung, so z. B. bei Marie ganz regelrecht in der Dauer eines Jahres, mehr unregelmässig bei Bertha, Justine und vielen anderen Kranken.

Wenn die Aprosexie noch zunimmt, so zeigt sich dieser Mangel des Verstandes nicht nur beim zusammengesetzten Vorgang des Lesens, sondern auch bei der einfachen Auffassung der Gegenstände der Aussenwelt. Als eines Tages die Verwandten Marcelle's zu Besuch gekommen waren, glaubte man dieser, durch die Erlaubnis, das Krankenzimmer verlassen und im Parke der Salpêtrière spazieren gehen zu dürfen, eine Freude zu bereiten. Man war gezwungen, sie nach ganz kurzer Zeit wegen eines ganz eigenthümlichen Vorfalles zurückzubringen. Als sie sich ausserhalb der ihr bekannten Gebäude befand, begann sie mit erschreckter Miene nach allen Seiten umher zu blicken

und fragte: „Wo bin ich? Was ist denn das?“ Sie wollte dann nicht mehr weiter gehen, blickte auf die Erde, um zu sehen, ob der Boden fest sei, dabei erkannte sie keinen Gegenstand mehr, selbst Bäume und Bänke nicht, und erklärte schliesslich, dass sie nicht mehr deutlich sehe. In ihr gewohntes Zimmer zurückgebracht, erholte sie sich nach und nach und nahm die Gegenstände wieder wahr.

Unter einer anderen Bedingung zeigte uns Marcelle als sie schwer erkrankt und von Delirien heimgesucht war, eine ähnliche Verworrenheit, aber nicht so sehr in der Auffassung der Gesichtsbilder, als in der Erfassung der Gehörseindrücke. Sie schien wohl zu hören, was man zu ihr sprach, begann aber zu lachen und sagte wiederholt: „Was sagen Sie denn da? Ich verstehe Sie ja gar nicht.“ Sie konnte auch thatsächlich kein einziges Wort begreifen. Ich habe derartige Erscheinungen, allerdings waren diese mehr oder weniger vorübergehend, bei vielen Hysterischen beobachtet. Es verstreichen oft mehrere Wochen, während deren Bertha nicht versteht, was man ihr sagt; sie versteckt sich dann in einen Winkel und mischt sich nicht unter die anderen Kranken. „Ich habe gut zuhören,“ sagt sie, „ich verstehe nicht, was die andern Kranken reden und mache dazu ein dummes Gesicht.“

Man muss ihr die einfachsten Sachen fünf- oder sechsmal wiederholen, um ihre Aufmerksamkeit lebhaft anzuregen. „Das geht mir nicht in meinen Kopf, welcher zu hart dafür ist. Ich verstehe Sie nicht und ärgere mich darüber.“ Es gibt Kranke, mit denen man erst dann ein leichtes Gespräch führen kann, wenn ihre Heilung bereits vorgeschritten ist, wie es auch *Sèglas* bei der Behandlung einer derartigen Hysterischen beobachtet hat.[1]) Würde die Aprosexie in diesem hohen Grade andauernd fortbestehen, so würde die Kranke nicht mehr als hysterisch gelten können, sondern in ein neues Gebiet, z. B. Melancholie, hinübertreten. Dieser Gang der Dinge ist, wie ich später zeigen werde, nicht so selten als man glaubt und wir begnügen uns hier zu erkennen, wie sehr er in der Natur der Sache begründet ist.

Ist die Aprosexie, wie eben in den vorerwähnten Fällen, vollständig ausgebildet, so zeigt sie ein ganz eigenartiges Verhalten: Der Kranke ist im Allgemeinen still, gegen seine Erkrankung gleichgiltig, und es scheint ihm die Aufforderung, seine Aufmerksamkeit fest auf Etwas zu richten, nicht peinlich zu sein; denn in Wirklichkeit denkt er gar nicht daran, dies zu thun. Anders werden die Verhältnisse bei der abgeschwächten Aprosexie sich gestalten. Wenn die Kraft der

[1]) *Sèglas:* „Thatsachen der suggestiven Therapie“. Arch. de neurol. 1885. Auszug p. 11.

Aufmerksamkeit, statt gänzlich unterdrückt zu sein, bloss herabgesetzt ist, so kommt man in die Lage, eine Reihe ziemlich verwickelter Störungen zu beobachten.

1. Die Aufmerksamkeit stellt sich sehr langsam ein und ist schwer festzuhalten. Jeden Augenblick entwischt der Kranke, und fängt wieder an zu träumen oder sinnlos zu schwatzen; man muss ihn nun neuerdings und lange Zeit hindurch anregen und ermuntern, damit er den Versuch mache aufzumerken. Das Alles dauert noch viel länger, wenn der Kranke allein ist. Wenn Margarethe einen Brief schreiben will, so erfordert das mehrere Tage hindurch nicht endenwollende Vorbereitungen. „Es ist nöthig — sagt sie — dass ich mich dazu in Stand setze und endlich Hand an die Sache lege."

2. Ist nun die Aufmerksamkeit nahezu angespannt und beginnt der Kranke wirklich mit der Arbeit, das Gelesene zu verstehen oder eine kleine Rechnung auszuführen, so stellen sich allerlei qualvolle Erscheinungen ein. Allseitige Zustände der Beunruhigung, dann Kopfschmerzen, die oft furchtbar sind und manchmal auch hartnäckig sein können, zwingen sie zur Unterbrechung. Der Kranke, welcher diese Schmerzen fürchtet, vermeidet es freiwillig, seine Aufmerksamkeit anzuspannen oder thut dies nur in unerlässlichen Fällen. Ein junger Mensch dieser Art, der sich oft ausserordentlicher Zerstreutheit schuldig machte, sagte mir: „Wenn ich unter guten Bekannten bin, so glaube ich nicht, dass es der Mühe lohnt, die Aufmerksamkeit anzuspannen und lege mir dann keinen Zwang auf.

3. Diese subjectiven Vorgänge, die sich bei angespannter Aufmerksamkeit vollziehen, sind oft von objectiv wahrnehmbaren Symptomen begleitet, u. zw. von neu hinzutretenden Amnesien und Bewegungsstörungen, die deutlich zeigen, wie schwer die Anstrengung ist. Um auf irgend Etwas aufmerken zu können, ist die Hysterische gezwungen, ihre ganze kleine Verstandeskraft aufzuwenden und für den Augenblick alles Uebrige zu opfern. Sie hört auf, die Wahrnehmungen aufzufassen, die indessen nicht verloren gegangen sind. Margarethe, die für gewöhnlich rechtsseitig anästhetisch ist, zeigt nun beiderseitige Anästhesie; Marie, Justine etc. verlieren das Empfindungsvermögen. Man kann ihnen selbst Schwefelkohlenstoff unter die Nase halten, ohne dass sie es spüren, während sie für gewöhnlich davor zurückschaudern. Auch das Gesichtsfeld wird eingeengt und kann kein Bild, ausgenommen jenes, welches der Kranke eben betrachtet, in sich aufnehmen.[1]) Nicht nur die Empfindungen, sondern auch die Bewegungen

[1]) Vgl. S. 76, wo das Verhalten des Gesichtssinnes näher erörtert wird.

selbst werden vom Kranken unbeachtet gelassen. Solange die Aufmerksamkeit angespannt ist, scheinen die Bewegungsvorstellungen sich im Zustande völliger Unabhängigkeit zu befinden. Es treten dann Gesichtsverziehungen, Tics, zuckende Bewegungen an den Armen und Beinen auf, ohne dass der Kranke sie wahrnimmt. Man kann sogar diese Bewegungen leiten und den Kranken Handlungen aller Art vollziehen lassen, ohne dass ihm etwas davon ins Bewusstsein gelangt. So verhielt sich auch jener junge Spitalsarzt, der während des Kartenspielens Echolalie zeigte und den seine Kameraden alle möglichen Worte wiederholen liessen, ohne dass er etwas davon ahnte. Dieses Princip einer Veränderlichkeit der unterhalb des Bewusstseins liegenden Handlungen, soll noch später berücksichtigt werden.

4. Diese so peinliche Aufmerksamkeit dauert nicht lange: sie schwankt hin und her, lässt nach, erhebt sich wieder für einen Moment und verschwindet schliesslich nach verschiedener, aber meist kurzer Dauer, vollständig; sie führt oft in ihrem Gefolge eine gewisse Anzahl von „Zufällen". Einzelne Kranke begnügen sich damit, ihre Augen von der Arbeit abzuwenden, sie erklären, dass sie dieselbe nicht fortsetzen können und klagen über heftige Kopfschmerzen. Bei Anderen aber kommt es zu schwereren Erscheinungen. Bei einzelnen Kranken tritt eine derartige Erschöpfung ein, dass sie durch einige Zeit weder Etwas thun, noch Etwas wahrnehmen können. Justine heftet ihren Blick auf ein Buch, das sie zu lesen versucht; sie liest etwa zwei Minuten, fängt dann an zu klagen, reibt sich ihre Augen, welche brennend und von Thränen benetzt sind; sie versucht dann nochmals, aber sieht Nichts mehr, und ist gleichsam in der Finsternis. Diese Blindheit dauert ein oder zwei Minuten, die Kranke beginnt wieder zu lesen, dann kommt dasselbe Spiel. Es ist dies eine Form jener Erscheinung, die man als *Asthenopie* bezeichnet hat, aber ich glaube, dass hier eine centrale Ursache zu Grunde liegt und der Vorgang selbst von der Ermüdung der Aufmerksamkeit abhängig ist. Justine liest, ebenso wie viele andere Kranke, oft ohne jede Aufmerksamkeit, wobei sie von andern Dingen träumt und vom Gelesenen Nichts versteht. Wenn sie in solcher Weise liest, ermüden ihre Augen nicht und werden auch nicht geblendet.

Derselbe Erschöpfungszustand kann nicht nur die Sinnesthätigkeiten, sondern auch die Intelligenz selbst befallen. Marcelle war soeben aus ihrem Somnambulismus erwacht und genoss für den Augenblick einen ihrer lichten Momente. Ihr Seelenzustand war ein bemerkenswert guter und es war, nach den vorher gemachten Beobachtungen, zu hoffen, dass dieser günstige Zustand noch etwa einen halben Tag

dauern werde. Unglücklicherweise schickte sich Marcelle mit jener eigenartigen Neugierde, die sie eben in solchen Momenten besitzt, an, die auf dem Tisch liegenden Papiere zu betrachten. Sie sah nun hier Blätter, auf die ich Gesichtsfelder gezeichnet hatte und gab das Verlangen kund, zu erfahren, was eigentlich diese kleinen runden Dinge bedeuten. Ich liess mich dazu verleiten, ihr in möglichst einfacher Weise das Wesen des Gesichtsfeldes zu erklären, um zu sehen, wie eine Person dieses Bildungsgrades einer wissenschaftlichen Erklärung gegenüber sich verhält. Zu meiner grossen Ueberraschung begriff sie Alles sehr gut und begann auch über die Zeichnungen, welche sie sah, ganz treffende Bemerkungen zu machen. Das Alles war aber für sie zu schön; sie hielt nun mitten in einem Satz inne, heftete die Augen auf den Boden, und verfiel in einen melancholischen, von völliger Aprosexie begleiteten Zustand, der bis zum nächsten Tag dauerte. Eine ganz kleine geistige Ermüdung, hatte genügt, um augenblicklich die mit Mühe erreichte Besserung zu vernichten. Diese Umwandlungsvorgänge der Aufmerksamkeit sind thatsächlich häufig. Man fordert Maria auf, ihre Aufmerksamkeit irgend einer Sache, z. B. einem Zeitungsartikel, zuzuwenden. Sie entschliesst sich dazu mit Mühe, fängt langsam an, bleibt aber dann in völliger Unbeweglichkeit stehen, wobei sie die Augen starr auf das Gelesene richtet. Man glaubt, dass nun ihre Aufmerksamkeit in äusserstem Masse angespannt ist, doch ist dies keineswegs der Fall, sondern sie hat nur einen ihrer gewöhnlichen Zufälle, die sie selbst als „Erstarrungen“ bezeichnet. Man muss sich nun sehr beeilen, sie aus diesem Zustande kräftig aufzurütteln, weil es, selbst nach wenigen Minuten kaum möglich ist, sie daraus herauszubringen. Diese Zustände wollen wir noch psychologisch genau beschreiben. Es sind dies automatische Traumzustände, die nach völliger Erschöpfung der freiwillig angespannten Aufmerksamkeit eintreten. Das Erwachen daraus vollzieht sich bei Maria unter wiederholtem Zusammenfahren und mit einem tiefen Seufzer;. selbstverständlich hat sie dann auch das soeben Gelesene völlig vergessen.

Dieser Fall führt uns zu einer bereits wohlbekannten Beobachtung, die dahin lautet, dass viele Hysterische in Somnambulismus verfallen, wenn man sie auffordert, ihre Aufmerksamkeit auf irgend einen Gegenstand zu lenken. Ich kann mich wohl hier nicht mit dieser Thatsache beschäftigen, ohne dass ich vorher über den Somnambulismus gesprochen habe; ich will nur darauf hinweisen, dass die Normalpersönlichkeit[1]) durch die andauernde Anspannung der Auf-

[1]) I. e. der normale Zustand des „Ich“-Bewusstseins. (Anm. des Uebers.)

merksamkeit zerstört wurde, und dass weiter die automatische Entwicklung einer andern Form der seelischen Existenz ermöglicht wurde.

Man darf schliesslich auch nicht jene Hysterischen unerwähnt lassen, bei denen die Anspannung der Aufmerksamkeit einfach einen Anfall hervorruft, wie z. B. bei Célestine und Renée. Ich wollte einmal Renée ihre Kenntnisse, die sie als Lehrerin erworben, ins Gedächtnis rufen und machte ihr den Vorschlag eine kleine Rechenaufgabe auszuführen. Sie nahm dies nicht ohne ein gewisses Vergnügen an, da sie sich dabei erinnerte, einmal für diese Dinge Interesse gehabt zu haben und fieng übrigens die Sache ganz gut an.

Umso schlechter war aber das Ende der Sache; nach etwa fünf Minuten sprang die Kranke auf, warf sich dann zu Boden und schrie miaou, oua, oua etc.; dann begann sie aus vollem Halse alle nur denkbaren Schmähungen, die ihr in reichem Maasse zu Gebote standen, auszustossen. Dies war das psychologische Ergebnis einer Rechenaufgabe. Jetzt ist mir auch eine Beobachtung klar, die mich einmal bei der Sprechstunde von *Sèglas* in Staunen versetzte. Man brachte nämlich einen kleinen Knaben dorthin, der aus der Schule entlassen wurde, weil er beim Versuch, auf irgend Etwas aufzumerken, in Krämpfe verfiel. Man kann dieses Verhalten bei einer grossen Zahl von Kranken bestätigt finden und auch mit den vorerwähnten Thatsachen in eine gemeinsame Gruppe stellen.

5. Welcher Art sind nun die Ergebnisse dieser schwer errungenen Aufmerksamkeit? Man kann behaupten, dass sie keinesfalls bedeutend sind. Diejenigen Kranken, deren Aprosexie nicht vollständig ist, sind noch fähig, Etwas zu begreifen. Die Ideen, welche sie bilden, stehen in Beziehung zu den Dingen der Aussenwelt; diese Ideen sind aber mangelhaft entwickelt, es fehlt ihnen die Klarheit und Festigkeit, sie sind auch nicht im sichern Besitze des Kranken, der sie jeden Augenblick entfallen lässt. Von hier stammt jenes augenfällige Symptom des hysterischen Geisteszustandes, sowie überhaupt aller schwachen Geister: Der Zweifel. Der Zweifel ist nicht bloss jenen Leuten eigen, die man als „Zweifler“ bezeichnet, und die auch meist einfach Hysterische sind, sondern er besteht auch bei den classischen Fällen der Hysterie.

Dieser Zweifel kann sich auf die eben vorliegenden Begriffe erstrecken. Wenn man Marcelle irgend einen Gegenstand z. B. ein Buch, ein Messer vorlegt und sie fragt, was das sei, so kann sie an gewissen Tagen keine sichere Auskunft über deren Beschaffenheit geben. „Ich glaube, dass dies ein Buch ist — aber ich täusche mich vielleicht — wohlan, sagen Sie selbst, ob es ein Buch ist“. Eines Tages wohnte

sie einem Concert bei und stellte dann ängstlich eine ganz merkwürdige Frage an mich: „Ist das alles wahr? die Musik, die Leute, welche tanzen, scheinen mir nicht wirklich vorhanden zu sein; das Ganze ist wohl ein Traum.“[1]) Bertha begegnet eines Tages ihrem Bruder, der zu Besuch gekommen ist, und schaut ihn zögernd an: „Bist du es denn wirklich? Ich bin nicht ganz sicher, ob ich dich erkenne“. „Ich habe immer vor meinen Augen einen Schleier, einen Nebel — sagte sie mir — werde ich denn nie im Stande sein, diesen zu durchdringen? Alles was ich höre, scheint mir ins Leere zu fallen; ich verfange mich in meinen Ideen, wie in einem Knäuel, oder sowie eine arme Fliege in einem Spinngewebe“. Oft, ja noch häufiger, erstreckt sich der Zweifel auf die Erinnerungen und Einbildungsvorstellungen. Die Kranken können sich Vergangenes und Zukünftiges nur mangelhaft vorstellen, sie sind unsicher bezüglich dessen, was sie gethan haben oder thun wollen, sie können auch nicht an die Erzählungen anderer glauben, ebensowenig auch an ihre eigenen. Es ist begreiflich, wie eigenartige und complicirte Verwirrungen sich daraus ergeben können. Die eine Kranke zweifelt an ihrer Vergangenheit und macht sich mit Unrecht Gewissensbisse, die andere wird wieder von eingebildeten Befürchtungen gequält. Die Eine zeiht die ganze Welt der Lüge, die Andere klagt sich selbst — wie es auch Justine durch Monate machte — der fortwährenden Lüge an. Man müsste einen eigenen Band über den Zweifel ausfüllen, um alle diese Thatsachen zu beschreiben.

Ich will indessen diese flüchtige Studie über die Aprosexie nicht abschliessen, ohne zuvor auf ein merkwürdiges Vorkommnis bei diesen Zuständen unzureichender Aufmerksamkeit hinzuweisen. Wenn Bertha liest und sich bemüht, aufmerksam zu sein, bleibt sie bei einem Worte stehen und liest mit Erstaunen: „das Wort „Haus“, wie komisch es nur ist! — Man bezeichnet damit die Orte, wo man wohnt, aber wie komisch ist die Idee, eine solche Bezeichnung zu gebrauchen. Halt, „Ein Jahr“, eine komische Sache, man rechnet nach Jahren aber warum thut man das?“ Luise, ein kleines Mädchen von dreizehn Jahren, dabei hysterisch, zeigt ein derartiges „Erstaunen“ bei allen Gegenständen, die sie aufmerksam betrachtet: „Ein Bett, ist doch wirklich komisch. Zu Hause wagte ich nicht, es zu sagen, weil man sich über mich lustig macht; als ich von der Pension zurück kam, habe ich alle Möbel, die Stühle, die Uhr ganz fremdartig gefunden“. Maria bleibt vor einem Baum, einer Pflanze, einem Gegenstand stehen:

[1]) „Abulie und fixe Ideen“. Loc. cit., 387.

„Wie gross ist doch dieser Baum, wie grün der Buchsbaum etc“. Dieses Verhalten ist häufig anzutreffen und ich halte es auch für bedeutungsvoll, denn dieses Erstaunen bildet den Ausgangspunkt für eine Reihe von Fragen und wenn die Kranken zu einer derartigen Versessenheit geneigt sind, so verfallen sie in den Fragewahn, die „Grübelsucht“. Wiederholt konnte ich bei der Untersuchung eines Kranken der von diesem Wahn befallen war, feststellen, dass zu Beginn seiner Fragen, ein Erstaunen bestand, ganz wie bei Bertha. „Eines Tages, als ich müde war — sagte mir einer dieser Kranken — sah ich einen Fremden eintreten, der mir unendlich komisch vorkam und seit dieser Zeit frage ich mich immer, wozu die Menschen eine Nase haben“. Es liegt vielleicht diesem Wahn eine Störung der Aufmerksamkeit, ähnlich wie bei Hysterie, zu Grunde.

Dieses „komische, fremdartige“ Aussehen der Dinge besteht — wie ich glaube — einfach, in einem Eindruck der „Neuheit“, es ist dies ein Gefühl des „niemals Gesehenen“ im Gegensatz zum Gedächtniseindruck des „schon Gesehenen“. Wir selbst haben dieses Gefühl, wenn wir einen Gegenstand unter ungewohnten Verhältnissen betrachten, wenn wir z. B. die Pupille des Auges ganz von der Nähe ansehen. Unsere Kranken sehen ungenau und können auch nicht die Wahrnehmungen und Erinnerungen genau verknüpfen; daher auch dieser Mangel des Wiedererkennens, der sich den so zahlreichen Störungen des Begriffsvermögens zugesellt.

Ich konnte alle nur kurz aufzählen, aber jede einzelne verdiente wohl ein besonderes Studium. Das Gesehene reicht aber aus, um die Bedeutung dieser Störungen der verstandsmässigen Willenskraft bei der Hysterie zu zeigen.

§ 2. Psychologische Analyse und Erklärung.

Es wäre wohl leicht, bei der Abulie der Hysterischen dieselben psychologischen Merkmale nachzuweisen, die wir bei der Untersuchung ihrer Anästhesien und Amnesien gefunden haben. Da uns aber nur diese Merkmale bekannt sind, so halte ich es für zweckmässiger, die Dinge von einem etwas veränderten Gesichtspunkte aus zu betrachten und einige Züge hervorzuheben, die bereits bei den andern Stigmen vorhanden waren, hier aber noch deutlicher zu Tage treten.

Man kann es thatsächlich leicht feststellen, dass diese Abulie in gleicher Weise schwankend und beweglich ist. Vel... gelangt in den Besitz ihrer gesammten Energie, wenn sie sich im Alkohol- oder Aetherrausch befindet; sie hat auch thatsächlich mit diesen Erregungs-

mitteln Missbrauch getrieben. Man kann auch in gleicher Weise feststellen, dass dieses Symptom oft ein widerspruchsvolles Verhalten zeigt.

Wenn man einen typischen Fall untersucht, z. B. Marcelle, so wird man, wie es auch mir selbst geschehen ist, von dem Gegensatz zwischen den Worten und Thaten der Kranken betroffen. Diese erklärt, dass sie unfähig sei sich zu rühren, irgend eine Bewegung zu machen, von ihrem Sessel sich zu erheben, einen Gegenstand zu ergreifen und sie macht auch vor uns die fruchtlosesten Anstrengungen, einen Finger in die Höhe zu heben. Wenn man indessen Miene macht, die Kranke zu verlassen, wenn man sie, ohne ihr Wissen beobachtet, besonders dann, wenn sie nicht einmal daran denken kann, dass man ihr zusieht, so kann man dann sehen, dass sie sich vielfach bewegt und dass sie die Mehrzahl jener Bewegungen macht, zu deren Ausführung sie sich unfähig erklärte. Wir dürfen hier, ebensowenig wie bei unseren früheren Studien, vorschnell annehmen, dass die Kranke uns getäuscht hat und dass sie etwa zu ihrem Vergnügen sich in einen Irrenkrankensaal einschliessen lässt. Man muss daran denken, dass die Bewegungen auf verschiedene Weise ausgeführt werden können und dass die eine Art der Bewegung verloren gegangen sein kann, während die andern erhalten geblieben sind.

Das wesentlichste Merkmal der Abulie kann in dem folgenden Satz zusammengefasst werden: *die seit Langem erworbenen Thätigkeiten bleiben erhalten.*

Man muss — wie ich glaube — gleich hier eine grosse Gruppe von Bewegungen und Handlungen anerkennen, die trotz der allgemeinen Schwäche des Willens unverändert fortbestehen. 1. Die physiologischen Bewegungen, z. B. Athmung, Verdauung etc. sind nie verändert gewesen. 2. Die Reflexe, sowohl am Knie, wie an Augen und Mund, sind vollständig erhalten; Marcelle hustet, blinzelt mit den Augen etc. 3. Die durch Uebung instinctiv gewordenen Bewegungen sind gleichfalls unversehrt. Sie bewegt sich auf ihrem Sessel, wechselt ihre Stellung, verjagt eine Fliege vom Gesichte, kratzt sich, schneuzt sich ohne eine Spur von Zögerung. 4. Ebenso vollziehen sich die gewohnten Thätigkeiten, sie macht manche Nadelarbeiten und verfertigt mit der Häkelnadel ein endloses Band von Spitzen, deren Muster — wie bemerkt zu werden verdient — stets das gleiche ist. 5. Diesen verschiedenen erhalten gebliebenen Bewegungsformen müssen hier andere beigefügt werden, die ganz fremdartig sind. Von Zeit zu Zeit bekritzelt sie unaufhörlich ein Papier, sie benagt ihre Nägel oder sie stürzt sich auf die Ausführung ganz unvernünftiger Handlungen. Hier aber zeigt sie kein Zagen mehr; sie, welche vor einer Thüre eine halbe

Stunde stehen bleibt, ohne sie öffnen zu konnen, öffnet sie rasch, wie rasend, wenn es sich um eine ihrer triebartigen Thätigkeiten handelt. Diese verschiedenen Bewegungen sind — wie leicht zu begründen ist — in gleicher Weise bei allen andern, minder hochgradig Erkrankten erhalten.

Welches ist nun ihr gemeinsames Merkmal? Man wird wohl ohne Zaudern erklären, dass es sich um automatische Thätigkeiten handelt; es muss aber dieser Ausdruck genauer umschrieben werden und ich will gleich hier ein Hauptmerkmal des psychologischen Automatismus besonders hervorheben. Alle erhalten gebliebenen Thätigkeiten sind schon von früher her da, wurden bereits ausgeführt und nicht jetzt zum erstenmal gewollt. In dem Maasse nun, als eine Thätigkeit dieses Merkmal annimmt, wird sie immer leichter und leichter ausführbar. Ich versuchte eines Tages Marcelle in den willkürlichen Bewegungen einzuüben. Um dies zu erreichen, hatte ich verschiedene kleine Gegenstände auf einen Tisch hingelegt und ersuchte sie, dieselben nacheinander zu nehmen und sie mir dann zurückzulegen. Sie gab zu diesem Spiel gerne ihre Zustimmung und strengte sich an, es gut zu machen. Nun gelang es ihr wohl, trotz andauernd guten Willens einige Gegenstände zu ergreifen, bei andern misslang es ihr hingegen. So befanden sich auf dem Tische eine Häkelnadel, die ihr gehörte und die ich aus ihrer Handarbeit genommen hatte, und ein kleiner Bleistift, der mir gehörte und den ich aus meiner Tasche herausgezogen hatte. Sie konnte ganz gut, nachdem sie eine oder zwei Minuten gezaudert hatte, ihre Häkelnadel ergreifen, brauchte aber zehn Minuten oder eine Viertelstunde, um meinen Bleistift in die Hand zu bekommen und ich bemerkte, dass sie nach und nach meinen Bleistift ganz gut erfassen konnte, fast so gut wie ihre Häkelnadel. Aber es genügte, diesen durch einen anderen Bleistift zu ersetzen, um neuerdings alle der Abulie eigenen Zögerungen hervorzurufen. Es gelang ihr mit einem Worte einen bekannten und gewohnten Gegenstand zu ergreifen, während ihr das Ergreifen eines neuen Gegenstandes, den sie noch nie genommen hatte, schwer fiel. Dieses Verhalten findet man bei allen Kranken, die während der Abulie alle gewohnten Handlungen fortsetzen, vorausgesetzt, dass keine Complicationen bestehen, welche diese Handlungen schwieriger gestalten.

Das Gleiche gilt auch für die begriffliche Intelligenz. Die an Aprosexie Leidenden fahren fort, jene Dinge zu begreifen, die sie bereits einmal begriffen haben. Wir wissen, dass Marcelle oder Marie, — denn auch bei letzterer wurde der Versuch mit gleichem Ergebnis angestellt — den Abschnitt einer Zeitung, den sie zum erstenmal lesen,

nicht zu verstehen im Stande sind. Ich liess Marcelle eine Zeitungsnotiz lesen, die von der Heirat einer sehr bekannten Persönlichkeit Nachricht gab und die Festlichkeit genau beschrieb. Nachdem sie mit lauter Stimme gelesen hatte, gab ich mir Mühe, ihr begreiflich zu machen, worum es sich handle. Da sie das gesprochene Wort, besonders das meine besser versteht, begriff sie es schliesslich. Am nächsten Tag liess ich sie eine andere Notiz lesen, wovon sie gar nichts begriff. Dann brachte ich ihr, ohne sie vorher zu verständigen, die bereits erklärte und gestern von ihr verstandene Zeitungsnotiz. Sie las nun ganz laut und rief mit einem gewissen Stolz aus: „Ah, das ist ja die Hochzeit des Herren X. und die kirchliche Ceremonie. Sie sehen, wie gut ich es jetzt verstehe." Ich konnte diesen kleinen Versuch mehrere Tage hindurch wiederholen. — Es wurde von ihr keine Notiz, mochte sie auch nur zwei Zeilen gross sein, jemals verstanden, wenn sie aber „ihren Artikel" las, triumphirte sie, ohne selbst den wahren Grund des trefflichen Verständnisses zu ahnen.[1])

Es freute mich zu ersehen, dass *Sèglas* in seinem interessanten Buch über Sprachstörungen meine Auffassung vollinhaltlich annahm. „Sie können das Gelesene nicht verstehen und sich auch nicht an die jüngsten Vorgänge erinnern, wenn ihnen nicht wenigstens einmal die Synthese derselben angegeben wurde".[2]) Mit einem Wort, das bereits Erworbene bleibt erworben, und sowie eine Amnestische, wie Frau D.., sich ihrer ganzen Vergangenheit erinnert, so wiederholen und begreifen auch die Abulischen ihre bereits früher erworbenen Handlungen, beziehungsweise Vorstellungen.

Das zweite Kennzeichen der Abulie ist *der Verlust der vorzunehmenden Handlungen.*

Die verloren gegangenen Handlungen sind im Gegensatze zu den früher erwähnten, sogenannte willkürliche Handlungen. Ohne diesen schwierigen Ausdruck gänzlich zu analysiren, wissen wir doch ein wesentliches Kennzeichen der willkürlichen Handlungen, es sind diese nämlich „neue" Handlungen. Es fällt Marcelle nicht nur schwer einen Gegenstand zum erstenmale zu ergreifen, sondern sie ist auch bei allen jenen Handlungen unfähig, wo etwas für sie Neues vorkommt. Sie ist gar nicht im Stande mit einem Unbekannten sich zu unterhalten. Sie brauchte zur Gewöhnung an mein Gespräch zwei Monate, jetzt gelingt es ihr allerdings leicht. Ich führte sie eines Tages in ein anderes Untersuchungszimmer, wo sie mit mir noch nie gewesen war.

[1]) „Abulie und fixe Ideen". Loc. cit., 390.

[2]) *Sèglas:* „Die Sprachstörungen bei den Geisteskranken". 1892, 28.

Sie wurde an der Schwelle von einem Anfall nicht zu besiegender Abulie ergriffen, während sie mit mir ohne Schwierigkeit in das gewohnte Zimmer gieng. Dieses Verhalten ist auch in der Art ihres Ganges ersichtlich. Hat sie einmal irgend eine Richtung eingeschlagen, so geht sie überstürzt; wenn aber ein Hindernis sich ihr darbietet oder noch besser, wenn man sie ruft und sie gezwungen ist ihre Richtung zu verändern, so bleibt sie unbeweglich stehen, ohne sich zum Weitergehen entschliessen zu können. Es ist immer der Beginn einer Handlung das „in Schwung gerathen," welches für sie qualvoll ist. Es ist aber nothwendig genau zu begreifen, was ich hier unter dem Beginn der Handlung verstehe. Es ist damit nicht der körperliche Vorgang, durch den die vorher in Ruhe befindlichen Muskeln nun in Bewegung versetzt werden, gemeint, denn ein gleicher Vorgang besteht, wenn es sich darum handelt, meinen Bleistift vom Tisch zu nehmen oder ein Papiermesser zu ergreifen. Ich verstehe eben darunter die Bildung jener complicirten Vereinigung von Ideen und Vorstellungen, als welche eben die Thätigkeit des Ergreifens eines bestimmten Gegenstandes nothwendigerweise aufgefasst werden muss. Diese Synthese ist für den einen Gegenstand nicht eben dieselbe wie für den andern, und gerade die Herstellung dieser Verknüpfung ist für Marcelle schwierig, während deren Wiederholung — wenn sie eben bereits einmal vollzogen wurde — leicht ist.

Die automatischen Thätigkeiten sind solche, bei denen es gelingt eine bereits einmal vollzogene Synthese schon aneinander geknüpfter Vorstellungen neuerdings auszuführen, mit einem Worte, sie sind Thätigkeiten, die bereits einmal gewollt wurden; denn der Wille, den wir hier durch sein Nichtvorhandensein verstehen lernen, ist nichts Anderes als die Bildung neuer Synthesen.

Dieselbe Bemerkung gilt auch augenscheinlich für das begriffliche Verständnis, und die von uns zergliederten Thatsachen geben den experimentellen Beleg für eine allgemeine Anschauung, die wiederholt über den Charakter der Abulischen geäussert wurde. „Sie haben den grössten Widerwillen gegen neue Ideen, sie wollen auch nichts Neues dazulernen."[1] Auch hier ist es nicht so sehr die Schwierigkeit, als die Neuheit der Synthese, welche die Auffassung verhindert. Wurde diese Synthese einmal auf irgendwelchem Wege vollzogen, so wiederholt sie sich automatisch. Die Grundbestandtheile müssen nicht mehr vereinigt werden, denn sie sind es bereits. Es handelt

[1] *Raymond* und *Arnaud:* „Einige Fälle von Abulie". Ann. med. psych. 1892. II., 74.

sich nicht um eine neue Combination, sondern bloss um eine Verknüpfung von Ideen, welche die Abulischen bekanntlich ohne Zögern und ohne Unsicherheit auszuführen im Stande sind.

Diese einleitenden Bemerkungen geben zu Schwierigkeiten Anlass, deren Lösung nun versucht werden soll. Fordert man eine Abulische auf, einen Gegenstand zu suchen, den sie noch niemals in Händen gehabt, so bleibt sie nicht vollkommen unbeweglich; sie erhebt sich, streckt den Arm aus etc., sie kommt, mit einem Worte dazu, einen Theil der zweckentsprechenden Bewegungen auszuführen. Es beruht dies darin, dass diese Handlung nicht absolut und gänzlich neu ist. Sie besteht aus einer Reihe eingelernter Handlungen, die sie leicht ausführen kann.

Man kann sich auch darüber wundern, dass diese Kranken nicht nur beim Beginnen der Handlung Schwierigkeiten haben, sondern auch deren Fortsetzung ihnen Mühe verursacht, und dass sie sich überhaupt als so wenig beharrlich zeigen. Es gibt besondere Fälle, wo die Handlung stets als gleiche fortgeführt werden kann, und dann treffen die Kranken dies nur zu gut. Im Allgemeinen aber vollzieht sich die Handlung unter fortwährendem Wechsel, indem sie sich immer den neu auftretenden Bedingungen anpasst. Es ist meistens so wie beim Beginn, so auch bei der Fortsetzung einer Handlung eine wiederholte Anstrengung nothwendig.

Man wird noch fragen warum zu Zeiten schwerer Erkrankung wie sie bei Marcelle oft vorkommen, ein völliger Stillstand eintritt und sie auch die gewohnten Thätigkeiten nicht mehr ausführen kann. Sie ist dann auch nicht mehr im Stande mit mir zu sprechen, obwohl sie es schon hundertmal gethan hat. Sie kann sich auch nicht mehr ankleiden, nicht mehr vom Sessel aufstehen etc. Meine Antwort wird in einer scheinbar paradoxen Behauptung bestehen, auf welche die Psychologen keine genügende Rücksicht genommen haben, die aber durch die Klinik der Geisteskrankheiten ihre augenscheinliche Bestätigung findet. Wir müssen nämlich annehmen, dass es *keine* eingelernte Thätigkeit gibt, welche nicht zu *einem kleinen Theil* etwas *Neues* in sich enthalten würde. Sich heute vom Sessel erheben ist nicht genau dasselbe wie gestern. Zeit, Temperatur, äussere Umstände, Körper- und Geisteszustand sind eben nicht mehr genau dieselben. Selbst mit einer wohlbekannter Person zu sprechen ist in gewissen Punkten immer eine neue Thätigkeit. Die Person, zu der man spricht, ihre Kleidung, ihre Gesichtszüge, so wie der Gesprächsgegenstand selbst, sind der Veränderung unterworfen. Man badet nicht zweimal hintereinander in demselben Wasser, sagte ein alter Weiser. Das

Weltall selbst befindet sich in einer fortwährenden Veränderung, und wie gross auch die scheinbare Gleichartigkeit der Bedingungen, unter denen wir uns befinden sein mag, so besteht doch immer ein Wechsel, sei es ausserhalb, sei es innerhalb unseres Seins, welcher eine neue Anpassung, eine neue Anstrengung erfordert. Da die Zukunft niemals ein genauer Abklatsch der Vergangenheit ist, so ist auch eine mit Bewusstsein vollzogene Thätigkeit niemals vollkommen automatisch. Man muss sich immer anstrengen, erfinden, selbst ein wenig wollen, um auch die gewohnteste Thätigkeit zu vollziehen. Wenn nun der Wille von Marcelle auf eine derart niedere Stufe herabsinkt, so wundere ich mich nicht zu sehen, dass sie selbst die gewohnten Thätigkeiten nicht mehr ausführen kann.

Als das dritte Merkmal der Abulie kann man *das Erhaltenbleiben der unterhalb der Bewusstseinsschwelle liegenden Handlungen und den Verlust der „Ich"-Wahrnehmung der Handlungen* ansehen.

Wie gross auch die Richtigkeit der vorhin gemachten Bemerkungen sein mag, sie genügen nicht zur vollständigen Erklärung der Abulie. Unter verschiedenen Umständen sieht man den Kranken seine Handlungen leicht ausführen, wobei uns diese Handlungen neu erscheinen, wenigstens ebenso neu, als gewisse andere, deren Ausführung als unmöglich erkannt wurde. Das beste Beispiel für diese schwer zu deutenden Fälle wird uns durch die Suggestionsversuche geliefert. Wenn ich von einer derartigen Kranken sanft und höflich verlange, irgend eine Handlung auszuführen, z. B. ein Papiermesser vom Tisch zu nehmen, so antwortet sie: „Ich will es gern" und macht den Versuch, ohne aber die Thätigkeit ausführen zu können. Wenn ich ihr nun im Gegentheil, während sie mit einer andern Person spricht, die Ausführung dieser Handlung ganz leise suggerire, so thut sie es unverzüglich. Ich trage ihr so auf, die Arbeit zu unterbrechen, sie wieder aufzunehmen, sich zu erheben, zu gehen, einen Gegenstand zu ergreifen etc., und sehe, dass sie alle diese Bewegungen unbewusst, aber, was besonders wichtig ist, ohne Zögern ausführt. Man weiss, dass Bertha nicht im Stande ist, willkürlich einzuschlafen; durch eine passende Suggestion kann man ihr unverzüglich den ruhigsten und anhaltendsten Schlaf verschaffen. Ich habe einmal ein Experiment eingeleitet, welches diesen Gegensatz sehr fühlbar machte: Ich hatte Marcelle während eines somnambulen Zustandes suggerirt, das sie auf ein gegebenes Zeichen — es war dies ein Schlag auf den Tisch — meinen Hut ergreifen und auf eine Schale legen sollte.

Nach vollzogener und wie es schien nach dem Erwachen vergessener Suggestion, forderte ich sie sanft auf: „Fräulein, haben sie

die Güte, meinen Hut, der mich beim Schreiben stört, aufzuheben und auf die Schale zu legen". „Ich wünsche auch nichts Anderes" sagte sie. Nun sehen wir, wie sie versucht aufzustehen, sich schüttelt, den Arm ausstreckt, unzusammenhängende Bewegungen macht, sich wieder niedersetzt, um dann von Neuem zu beginnen. Ich liess sie so zwanzig Minuten lang sich abmühen, ohne dass sie diese einfache Thätigkeit ausführen konnte. Dann klopfte ich auf den Tisch. Gleich darnach fährt sie rasch in die Höhe, ergreift den Hut, hängt ihn auf, und kehrt zurück, um sich wieder zu setzen Die Handlung wurde durch Suggestion in einem Augenblick ausgeführt, während sie bei Anwendung des Willens nicht in zwanzig Minuten vollendet werden konnte.

Wie soll man sich nun diesen Unterschied erklären? Die beiden Handlungen müssen eben, trotzdem der Schein dagegen ist, vom psychologischen Standpunkte aus nicht vollkommen gleichartig sein. Zunächst zeigt es sich, dass eine willkürliche Thätigkeit augenscheinlich viel mehr zusammengesetzt ist. Wenn Marcelle willkürlich den Hut nimmt, so weiss sie wohl, dass der Hut mir gehört, dass sie mir damit einen Dienst erweist, wobei noch andere Umstände dazwischen treten u. s. w. Wenn sie aber denselben Gegenstand infolge einer Suggestion nimmt, so vollzieht sich die Handlung blitzartig und ohne Ueberlegung. Sie weiss nicht einmal, was sie in der Hand hat, wenn ich ihr auf dem Wege Halt gebiete, und sie weiss auch nicht, warum sie diesen Gegenstand in die Hand genommen hat. Mit einem Worte, die Synthese all dieser äussern wechselnden Umstände, die, wie wir sahen, eben das „Neue" an der Handlung ausmachten, ist nur bei freiwillig ausgeführten Thätigkeiten vorhanden. Diese Synthese fehlt oder ist nur in geringem Masse ausgesprochen bei einer suggerirten Handlung, die eben dadurch einfacher und den gleichartigen, bereits eingelernten Handlungen ähnlicher wird, wodurch sie, e b e n i n F o l g e d a v o n, auch leichter durchführbar wird.

Es ist auch hier noch eine wichtige Bemerkung anzuführen, die jetzt, Dank den Untersuchungen, die über die hysterische Anästhesie und Amnesie angestellt wurden, leichter zu verstehen ist. Wenn wir Marcelle, während der Ausführung einer suggerirten Thätigkeit, Halt gebieten und sie fragen, was sie zu thun im Begriffe ist, so antwortet sie mit verblüfftem Gesichtsausdrucke: „Ich habe Nichts gemacht." „Sie haben aber doch soeben den Hut genommen." „Nein, ich habe es nicht gethan." Sie wiederholt auch diesen Satz stets, wenn man sie um eine derartige Handlung befragt. Es ist diese suggerirte Handlung, die sich so trefflich vollzieht, thatsächlich eine unterhalb

der Bewusstseinsschwelle liegende Thätigkeit, die vom „Ich“-Bewusstsein losgetrennt, keine Verbindung mit demselben unterhält.

Ich glaube, dass die Beobachtung der Kranken uns soeben berechtigt hat, diese Bemerkung zu verallgemeinern. Wir werden sehen, dass im Wesentlichen bei den Abulischen die Fähigkeit des bewussten Handelns, sowie die Möglichkeit der Verknüpfung der Handlungen mit ihrem gegenwärtigen „Ich“ mangelt. Ein junger Mediciner, von dessen Zerstreutheiten ich bereits erzählte, speiste eines Tages, bei einem seiner Vorgesetzten, einem ausgezeichneten Chirurgen. Während des Mahles sprach er von den verschiedensten Dingen und bemerkte, ganz zum Schlusse, dass sein Wirt ihn andauernd in eigenthümlicher Weise betrachtete und dabei lächelte. „Ich fragte mich — so erzählte er — warum eigentlich Herr X. mich in so merkwürdiger Weise anschaute. Ich versucht es, mich gründlich zu durchmustern, fand aber an mir Nichts, was etwa unschicklich gewesen wäre. Ich dachte nun an meine Aeusserungen, doch erschienen sie mir alle ganz vernünftig. Da Herr X. andauernd lächelte, so entschloss ich mich, auf den Satz, den ich eben ausgesprochen hatte, genau aufzumerken .... und da sah ich, dass ich ihn seit etwa einer Stunde duzte. Diese Art des Sprechens, ohne sich selbst zu hören, des Handelns, ohne es zu empfinden, und ohne Etwas davon ins „Ich“-Bewusstsein aufzunehmen, war bei diesem jungen Manne damals nur zufällig vorhanden; bei einzelnen Kranken aber besteht sie dauernd.

Maria arbeitet viel und regelmässig, um sich einige Sous zu erwerben, was bei einer Hysterischen gewiss verwunderlich ist. Befragt man sie aber darüber, so stellt man fest, dass sie niemals weiss, was sie eigentlich thut. Ihr Geist weilt anderswo oder gar nirgends, aber ihre Hände nähen, ohne dass es ihr ins Bewusstsein gelangt. Dieses Verhalten ist besonders bei Bertha bemerkenswert, die verständig genug ist, um selbst die wunderliche Art ihres Arbeitens einzusehen und sich darüber zu beklagen.

„Es ist unbegreiflich, was bei mir vorgeht“ — sagte sie mir gleich bei ihrem Eintritte ins Krankenhaus, — „seit einiger Zeit arbeite ich ganz komisch, denn nicht ich bin es mehr, die arbeitet, sondern meine Hände sind es. Sie machen ihre Aufgabe nicht allzu schlecht, doch ich selbst thue gar nichts dazu. Wenn Alles fertig ist, so erkenne ich gar nicht mein Werk, ich sehe zwar, dass es gut ist, aber ich halte mich für gänzlich unfähig, das gemacht zu haben. Wenn man mir sagen würde: „Nicht du bist es, die das gearbeitet hat“, so würde ich antworten: „Ganz richtig, ich bin es auch nicht.“ Wenn ich singen will, so geht es gar nicht, manchmal höre ich jedoch, wie

mein Mund das Lied ganz schön singt. Auch bin ich es ganz gewiss nicht, die geht, sondern bin wie ein Ballon, der sich von selbst fortbewegt. Wenn ich schreiben will, so fällt mir gar nichts ein, mein Kopf ist ganz leer, ich bin gezwungen meine Hand schreiben zu lassen, was ihr beliebt und diese füllt dann vier Seiten aus — um so schlechter, wenn dabei ein Unsinn herauskommt. Wenn ich rechne, so schreibe ich wohl das Resultat nieder, aber ich weiss ganz gut, dass ich es nicht gefunden habe. Ich verstehe auch meine eigenen Ideen nicht — sie kommen von selbst; man möchte glauben, dass sie auf einen grossen Vorhang geschrieben sind, der sich vor mir entrollt. Ich bin nichts Anderes als ein Hampelmännchen, dessen Schnur jemand Anderer hält, Alles befindet sich in einer gewissen Entfernung von mir. Ich bin nur dazu da, alle diese Dinge vorzuführen."

Noch erstaunlicher ist es, dass sie dabei ganz hübsche Sachen macht. Ob sie nun ein Kleid anfertigt oder einen Brief schreibt, sie entfaltet manchmal eine wirkliche Begabung, aber Alles, was sie thut, geschieht in dieser wunderlichen Weise. Sie ist anscheinend von ihrer Arbeit vollkommen in Anspruch genommen, aber sie scheint sich dessen nicht bewusst zu sein. Wenn sie den Kopf erhebt, ist sie so verblüfft, als wäre sie eben aus dem Schlafe erwacht und erinnert sich dann nicht an ihre eben gemachte Arbeit. Ihre Handlungsweise erinnert ein wenig an diejenige, welche man genialen Menschen zuschreibt, die der augenblicklichen Eingebung folgen, ohne sich dessen bewusst zu werden, dass sie selbst ihr Werk ausführen. *Moreau de Tours* würde gewiss diesen Vergleich zwischen dem genialen und hysterischen Menschen nicht abgelehnt haben. Mit Benützung eines weniger erhabenen Vergleiches können wir sagen, dass sie so handelt, wie wir selbst von Zeit zu Zeit es thun, wenn wir z. B. es unserer Hand überlassen, die Rechtschreibung eines Wortes auszuführen, die uns momentan nicht zu Gebote steht. Was aber bei uns nur zufällig ist, besteht bei ihr dauernd. Obwohl sie noch die Fähigkeit des Handelns besitzt, so fehlt ihr doch das darauf bezügliche „Ich"-Bewusstsein und sie ist infolge dessen nicht im Stande willkürlich zu handeln. [1])

Sèglas hat auf dem Congress der Irrenärzte zu Blois[2]) über ein derartiges Beispiel berichtet. Es handelt sich um einen neunzehnjährigen an Hysterie leidenden jungen Menschen, der durch einige Tage vor dem Anfall denselben Zustand automatischer Thätigkeit

[1]) Vortrag über die hysterische Suggestibilität. Archiv. de neurol. Nov. 1892.

[2]) Irrenärztlicher Congress zu Blois (dritte Sitzung). Archiv. de neurol. 1892 II., 321.

zeigte. Der Kranke schrieb damals folgendermaassen: „Es scheint mir, dass ich damals zwei Personen in mir vereinigte. Die eine, welche handelt, geht, spricht, aber so als ob nicht ich es wäre, die andere welche diesem Thun und Treiben zusieht.“ Es ist dies ein Kranker, bei dem die Abulie vor dem Anfalle wächst, so wie wir es bei Margarethe gesehen haben, aber es handelt sich doch immer um den gleichen Zustand, den man als „Herabsetzung der „Ich“-Wahrnehmung der Handlungen mit Erhaltenbleiben der automatischen Handlungsfähigkeit“ bezeichnen kann.

Diese Handlungsweise vermindert, wenn sie überhaupt möglich ist, die Wirkungen der Abulie, da in Wirklichkeit die einzelnen Handlungen in ausreichender Weise durchgeführt werden. Im Gegensatze dazu können oder wollen andere Kranke sich nicht dieser automatischen Thätigkeit hingeben; sie strengen sich an diese Handlungen freiwillig und mit Bewusstsein auszuführen — und dann gelingt ihnen eben Nichts. Sie verhindern selbst, durch den Versuch der freiwilligen Ausführung, jene Handlungen, die sich ganz gut auf automatischem Wege ausführen liessen. Die eingelernten Bewegungen, welche durch die Wiederholung bereits automatisch geworden sind, zeigen sich nun auch ihrerseits gestört. Mit dem Vortheile der Gewohnheit geht auch das bereits erworbene Wesen der Leichtigkeit und Raschheit verloren.“[1]) Die gleiche Störung im „Ich“-Bewusstsein der Handlungen gibt sich nach aussen hin, je nach den Fällen, durch eine grössere oder geringere Schwäche kund.

Wie soll man nun dieses neue Symptom der Abulie mit all seinen Merkmalen an die vorhin beschriebenen Stigmata angliedern? Die Beobachtung einer kleinen Einzelnheit kann uns vielleicht den nöthigen Uebergang geben. Eine Hysterische sagte mir beim Ball der Salpêtrière: „Ich kann nicht die Costüme sehen, ich habe bis jetzt kein einziges gesehen.“ „Warum denn dies?“ „Weil ich tanzen muss; wie ich schauen will, höre ich auf zu tanzen, und wenn ich wieder tanzen will, kann ich nicht mehr schauen. Wenn ich tanzen will, sehe ich gar nicht mehr, ich habe dann nur einen einzigen Gedanken im Kopf, d. i. zu tanzen.“ Ich habe auch anderwärts bei ihr dasselbe Verhalten gefunden und war deshalb gezwungen, ihr das Sprechen beim Essen zu verbieten, da sie dann nicht mehr essen konnte. Wenn sie essen will, so ist es nothwendig, dass sie eben nur daran und an nichts Anderes denkt.

Es besteht eine Einengung des Geistes für die Handlungen, ganz so wie für die Empfindungen und Vorstellungen. Die Verminderung

[1]) *Raymond* und *Arnaud:* Op. cit., 27.

der synthetischen Fähigkeit führt ebenso zu einer Veränderung der Handlungen, wie des Empfindungsvermögens und des Gedächtnisses. Die neu hinzugekommenen Handlungen, die an wechselnde und verwickelte Verhältnisse angepasst sind, erfordern eine feinere und dabei kräftigere Synthese und fallen deshalb zunächst zum Opfer. Die schon eingelernten Handlungen, deren Synthesen bereits vorhanden sind und die sich in unveränderter Weise wiederholen, sind nahezu gar nicht verändert. Ob es sich aber nun um die einen oder andern Thätigkeiten handelt, so erstreckt sich die krankhafte Veränderung doch insbesondere auf einen Vorgang, der nothwendigerweise eine gegenwärtige Synthese darstellt und sich in jedem Augenblick des Lebens von Neuem vollziehen muss — wir meinen damit die „Ich“-Wahrnehmung der Handlungen, die Einverleibung der neu dazugekommenen Handlungen in den grossen Erkenntnisschatz des von früher her vorhandenen „Ichs“. Diese krankhafte Störung ist für den hysterischen Geisteszustand grundlegend und zugleich das wesentliche Merkmal der Krankheit selbst. Wenn wir bei einer Kranken eine derartige Abulie, welche die drei vorerwähnten Merkmale zeigt, finden, besonders aber wenn ein Zerfall des Bewusstseins vorliegt, so werden wir, wenn auch die Kranke kein anderes hysterisches Degenerationszeichen aufweist, mit Beruhigung sagen können, dass es sich bei ihr um Hysterie handelt. Es gibt thatsächlich auf körperlichem und geistigem Gebiet Hysterische, die nur ein einziges Symptom zeigen; so hat auch *Charcot* ohne Zögern die Amnesie der Frau D... als hysterische bezeichnet und auch wir wollen dieser Krankheit des Willens, die ganz und gar ähnliche Verhältnisse zeigt, den Namen der hysterischen Abulie geben.

§ 3. Folgezustände der Abulie.

Man könnte zahllose Folgezustände der Abulie nachweisen, wenn man sich die Mühe geben wollte, sie alle eingehend zu durchforschen. Ich glaube, dass in der That die Mehrzahl der hysterischen Zufälle von der pathologischen Suggestibilität dieser Kranken abhängig ist und dass diese Suggestionsfähigkeit zum grossen Theil das Ergebnis der Abulie ist. Diese Vorgänge sollen nun anderwärts näher untersucht werden.[1]) Hier reicht es aus, auf einige allgemeine Folgezustände hinzuweisen, die nicht als blosse Zufälle aufgefasst werden können, sondern einen Theil des gewöhnlichen hysterischen Geisteszustandes bilden. Diese Schwäche des Willens und der Aufmerk-

[1]) Im zweiten Bande dieses Werkes, das sich mit den accidentellen psychischen Zuständen der Hysterie beschäftigen wird.

samkeit gibt sich thatsächlich in einem zweiten wesentlichen Merkmal kund, welches scheinbar mit dem erstangeführten in Widerspruch steht, in Wirklichkeit aber eine streng logisch begründete Folge desselben ist. So wie die Hysterischen nicht im Stande sind, den Anfang zu einer Handlung, einem Glauben, einem Begriff zu finden, so sind sie auch unfähig, Halt zu machen, wenn sie einmal begonnen haben. Bei einer Handlung Halt machen, heisst so viel, als unseren allgemeinen Zustand verändern und sich in anderer Weise den neu vorliegenden Umständen anpassen. Bei diesen Kranken, die für den Wechsel überhaupt kein Verständnis besitzen, ist es hier um so mehr der Fall, als es nothwendig ist einen klaren und kräftigen Gedanken hervorzubringen, um die automatische Abwickelung eines altgewohnten, durch die Wiederholung immer stärker gewordenen Gedankens zu hemmen.

Wie *Charcot* so oft hervorhob, ist die Mehrzahl der hysterischen Zufälle im Anfang nahezu willkürlich hervorgerufen. Man fängt an, davon zu träumen, was man gerne haben möchte. Es wäre zwar ein Halt denkbar, aber es ist viel zu angenehm. Man fängt an, wenig zu essen, um abzumagern, um eine schlanke Taille zu bekommen und der Mutter nicht ähnlich zu sein. Es beginnen Zänkereien, kleine Zornesausbrüche, weil man glaubt, dazu berechtigten Grund zu haben. All das hätte — was auch die Kranken eingestehen werden — im Anfang unterdrückt werden können. Aber die Handlung wird in einer immer mehr automatischen Weise fortgesetzt und die Kranke ist nicht mehr im Stande, sich selbst Halt zu gebieten, nun kommts zum Delirium, zur Nahrungsverweigerung, zum Anfall. „Wenn ich irgend eine Sache angefangen habe — sagte eine Kranke — so muss ich sie, wie zum Trotz, fortsetzen; ich würde die Rahmen zerbrechen, um fortzugehen, ich würde mich eher tödten, als Halt machen. Meine Idee treibt und hetzt mich, ohne dass ich Widerstand leisten kann.“ Bertha sagte mir: „Ich verfalle in eine Idee, wie in einen Abgrund und dieser Abhang ist gar schwer zu ersteigen.“

Diese Unfähigkeit Halt zu machen, kann jeden Tag bei den Kranken beobachtet werden. Man kennt jene Kranken, die jeden Morgen kommen, uns die Contractur eines Armes oder Beines zeigen und sagen: „Befreien Sie mich davon.“ Es gibt dabei fast Nichts zu thun, aber auch dies können die Kranken nicht leisten, wenn sie auf sich selbst angewiesen sind. Sie kommen, wenn sie zum Arzte Vertrauen haben, oft, um einen moralischen Halt dieser Art zu suchen. Margarethe sucht mich eines Morgens auf und sagt mir: „Oh! ich bin diesen Morgen zornig, ich wollte Alles zerbrechen und zer-

schlagen. Es wäre gewiss besser, wenn ich Halt machen könnte, aber ich kann es nicht. Erlösen Sie mich von diesem Zustande.“ Eine andere Kranke sagt zu mir: „Ich bin auf meine Freundin böse, ich schmolle mit ihr seit gestern und das ist mir unangenehm; ich möchte wohl gerne damit aufhören, aber ich kann es nicht. Befreien Sie mich davon.“ So muss man bei der einen Kranken den Zorn, bei der andern den Groll, bei der dritten irgend eine Träumerei beseitigen, das heisst, dass man ihre Willenskraft stützen muss, die ebenso ungenügend ist, Etwas zu beginnen, als Etwas aufhören zu lassen.

Die Kranken wenden sich — wie man sieht — unaufhörlich an fremde Hilfe und das bildet eben einen hervorstechenden Zug des Geisteszustandes der Abulischen. Alle jene, die sich mit der Pflege Hysterischer beschäftigen, haben rasch in dem Benehmen derselben etwas Charakterisches erkannt, obwohl es auch in geringerem Grade bei anderen Geisteskrankheiten vorkommt; es ist dies die ausserordentliche Anhänglichkeit dieser Kranken an den Arzt. Derjenige, welcher sich mit ihnen abgibt, ist in ihren Augen kein gewöhnlicher Mensch mehr; er nimmt bei ihnen eine hervorragende Stellung an, für die es kein Gegengewicht gibt. Sie sind entschlossen Alles für ihn zu thun, denn sie scheinen ein für allemal den Entschluss gefasst zu haben, ihm blindlings zu gehorchen. Sie denken fortwährend an ihn und richten ihr ganzes Benehmen diesem Gedanken entsprechend ein. Sie sind aber auch dafür im Verlangen von Gegenleistungen äusserst anspruchsvoll; sie wollen, dass der Arzt ihnen gänzlich angehöre, dass er sich mit niemand Anderem beschäftige, dass er jeden Augenblick zu ihnen komme, lange Zeit mit ihnen zubringe und sich alle ihre Einbildungen zu Herzen nehme.

Diese Anhänglichkeit, die sich nahezu stets schon in der ersten Zeit entwickelt, wo man mit ihnen in Berührung kommt, wächst ins Ungemessene, wenn man bei ihrer Behandlung das Verfahren des Somnambulismus und der Suggestion in Anwendung bringt. So haben auch die früheren Magnetiseure, welche es sehr oft, allerdings ohne ihr Wissen, mit Hysterischen zu thun hatten, dieses Verhalten ganz gut wahrgenommen und auch wiederholt beschrieben. Vielleicht wäre es in Erinnerung an das Heldenzeitalter des Magnetismus, gerechtfertigt diese Anhänglichkeit des Kranken als somnambule oder magnetische Leidenschaft zu bezeichnen. Ich hoffe demnächst eine eingehende Studie über die magnetische Leidenschaft, die für den Sittenforscher hohes Interesse hat, liefern zu können. Hier muss ich mich damit begnügen, ihre wesentlichen Merkmale, die auch dem Arzte nicht unbekannt sein dürfen, anzugeben.

Es wäre das Vorgehen eines oberflächlichen und stumpfen Beobachters, bei dieser Leidenschaft einen gewöhnlichen Grund anzunehmen und sie mit einem Bedürfnis der Sinne in Verbindung zu bringen. Zweifellos können auch die Hysterischen derartige Gefühle haben, sowie jeder andere Mensch, und sie können auch dieser besonderen Leidenschaft, mit der wir uns befassen, den gewöhnlichen Ausdruck und einen Anstrich verliebter Gefühle verleihen. Das ist wohl ganz natürlich, denn es gibt nicht allzuviele Arten, die Anhänglichkeit für eine andere Person zum Ausdrucke zu bringen, besonders wenn letztere dem andern Geschlechte angehört. Es ist dies aber eine Form der Kundgebung der Leidenschaft unter vielen andern, die zu Gebote stehen. Bestimmte Kranke äussern ihre Anhänglichkeit in der Form der kindlichen Liebe, der Hochachtung, der abergläubischen Furcht, ja selbst als mütterliches Gefühl. Eine Somnambule, allerdings im vorgerückten Alter, bestand strenge darauf, mich als Sohn zu betrachten. Muss man es überhaupt hervorheben, dass die magnetische Leidenschaft mit all diesen Gefühlen verschmelzen kann?

In Wirklichkeit kann sie aber auch bestehen, ohne von diesen Gefühlen Etwas an sich zu tragen. Ein dreissigjähriger, hysterischer Mann, den ich an einem sehr störenden Tic behandelt habe, wollte mich nicht mehr verlassen und kam unter den nichtigsten Vorwänden zu mir, ohne dass er für mich irgend welche Zuneigung empfand, ja ohne es selbst zu begreifen, warum er auf das Wiedersehen ein derartiges Gewicht legte. Ich habe Hysterische gesehen, die gleichzeitig für den Einen eine wahre Liebesleidenschaft, für den Andern eine magnetische Leidenschaft empfanden und in ganz gleicher Weise, ohne Verwirrung, von den Rendezvous mit dem Ersteren und von den Sitzungen mit dem Letzteren in Anspruch genommen waren. Endlich habe ich, ohne hier auf Einzelnheiten eingehen zu wollen, eine Somnambule gekannt, für die ich — aus einem ganz nichtigen Vorwande — ein Gegenstand des Schreckens war und die für mich nicht einmal das gewöhnlichste Gefühl der Zuneigung hegte. Sie konnte sich indessen von mir nicht lossagen und war jeden Augenblick, ganz wider ihren Willen, genöthigt, mich aufzusuchen. Man muss daher die vorschnellen und kindischen Auslegungen vermeiden und einsehen, dass es sich hier um eines der wunderlichsten krankhaften Gefühle handelt.

Um dieses Gefühl in seinen Hauptzügen zu begreifen, muss man den Zustand einer Hysterischen ins Auge fassen, wenn sie kommt, um denjenigen zu treffen, der sich mit ihr beschäftigt, der sie leitet — und wenn sie ihn verlässt. Margarethe kommt aus weiter Ferne in

die Salpêtrière zurück, denn sie kann nicht mehr so fortleben, da sie der Vernunft vollständig beraubt ist. Sie versteht weder, was sie sieht, noch was sie hört, sie zweifelt an Allem und legt sich anlässlich einiger unbedeutender Vorfälle ihres Lebens eine Menge von Fragen vor, die sie nicht zu beantworten im Stande ist; sie hat auch keine Beschäftigung mehr, denn sie kann sich für Nichts entscheiden. Justine ist von fixen Ideen beherrscht, die in ihr auftauchen, sie in Bann halten, und sie hindern, an das wirkliche Leben zu denken; sie hat triebartige Zornesausbrüche, deren Folgen sie fürchtet, und verlässt dauernd ihren Haushalt und ihren Mann. Marie denkt, wie sie sich ausdrückt, „im Aether“, sie geht schlecht, weil ihre Beine der Lähmung verfallen, sie sucht jeden Tag die Morgue auf, um „die Leute zu sehen, welche Muth haben“ etc. Diese Kranken suchen nach einem Lenker und gehen dann beruhigt und aufgeheitert von dannen. Die Fragen sind dann gelöst, die Entschlüsse gefasst, die fixen Ideen zum Verschwinden gebracht.

Was hat sich nun eigentlich zugetragen? Ob man die Kranken hypnotisirt oder nicht — was vom Fall und vom Kranken abhängig ist — es läuft darauf hinaus, dass man für sie Willensacte vollzogen hat, die sie selbst nicht zu vollziehen im Stande sind. Die Mehrzahl der kleinen Fragen des Alltagslebens kann durch ein Wort gelöst werden, es genügt ein „ja“ oder ein „nein“, nur muss man es auszusprechen wissen. Man kann sich dabei ohne Zweifel täuschen, aber ein unrichtiger Entschluss ist noch immer mehr wert, als der vollständige Mangel der Entschlüsse. Die Kranken sehen es ganz gut ein und flehen den Arzt an, für sie ganz einfach „ja“ oder „nein“ zu sagen. Von diesem Augenblicke an sind sie beruhigt, denn sie nehmen an, dass Alles vorüber sei, dass das Leben unverändert bleiben werde, und dass keine neu zu lösenden Fragen auftauchen werden. Ihre Abulie ist es, die dieses gebieterische Bedürfnis nach einem Gewissensleiter hervorgerufen hat. [1]) Die magnetische Leidenschaft der Hysterischen ist nur eine Form dieses allgemeinen Bedürfnisses nach einer auswärtigen Stütze, welches sowohl die Zweifler als auch jene, deren geistiges Combinationsvermögen geschwächt ist, heimsucht. Zweifellos kommen bei diesem Bedürfnisse noch andere Vorgänge in Betracht, die viel verwickelter sind, in deren Untersuchung ich aber hier nicht eingehen kann, da ich es mir hier versagt habe, über die Therapie zu sprechen. Man kann diese nun durch einen Vergleich dem Verständnisse näher bringen: Die Hysterische leidet nicht nur durch ihre Abulie, sondern

[1]) Der General *Noizet* machte bereits den Vorschlag, den Magnetiseur als „Director“ zu benennen. Denkschrift über en Somnambulismus. 1854, 96.

auch durch das Hereinstürmen aller jener automatischen Vorgänge, denen sie nicht Halt gebieten kann. Man könnte sie mit einem kraftlosen König vergleichen, dessen meiste Unterthanen sich in fortwährendem Aufruhr befinden; er selbst ist überglücklich eine Person zu finden, die der Aufständischen Herr zu werden vermag und klammert sich an diese — wie verzweifelt — an. Die Abulischen fühlen es, dass sie nicht mehr Herrinnen ihrer selbst sind und wollen, dass man ihnen befehle: sie begeben sich freiwillig in die Sclaverei.

Diese Herrschaft kann für den Kranken vortheilhaft sein und ihm verhelfen, allmählig die Herrschaft über sich zu gewinnen; sie kann ihm aber auch gefährlich werden und seine äussersten Anstrengungen zunichte machen. Man darf bei der Untersuchung und Behandlung der Hysterischen nie daran vergessen, dass diese Gelehrigkeit, dieses Bedürfnis des Beherrschtwerdens krankhafte Züge darstellen, die zu der grundlegenden Abulie in Beziehung stehen.

Diese kleinen Einzelnheiten dienen nur zur Vervollständigung unserer nur die Grundzüge berücksichtigenden Darstellung der hysterischen Willensschwäche. Seltene und mühsame Entschliessungen, langsame und schwerfällige willkürliche Bewegungen, eine herabgesetzte, geschwächte Aufmerksamkeit, deren Anspannung den Anlass zu gefahrvollen Zufällen geben kann, Zweifel und Verständnislosigkeit für neue Ideen, und zu gleicher Zeit unwiderstehliche Triebe, eintöniges Fortsetzen irgend einer bestimmten, gewohnten Thätigkeit, das Bedürfnis nach Beherrschung und Lenkung, sowie endlich eine übertriebene Fügsamkeit bilden die anscheinend abwechslungsreichen Merkmale, die doch sämmtlich von ein und derselben Geistesstörung abhängig sind. Nach *Paulhan* ist die Schwächung und das Verschwinden des persönlichen Könnens durch die Unfähigkeit gekennzeichnet, die Theile zu einem geordneten Ganzen zu verbinden, so wie durch das Fehlen der Möglichkeit, die neuen Handlungen mit einem genügenden Theil jener Bestrebungen, die eben das „Ich“ bilden, in ein solches System zu bringen, wo beide auf ein einheitliches Ziel lossteuern. Wir glauben in diesem Abschnitte gezeigt zu haben, dass die Erscheinungen der Abulie sich in ihrer allgemeinen Erklärung an die andern Wahrzeichen der hysterischen Degeneration anschliessen.

Viertes Capitel.

Die Bewegungsstörungen.

Die Störungen der Körperbewegung sind bei jeder Geisteskrankheit zahlreich und keineswegs einfach. Die Bewegung ist ihrem Wesen nach nichts Anderes als eine Uebersetzung und Kundgebung der Gedanken nach aussen hin, und sie wird auch durch alle Veränderungen dieser letzteren beeinflusst. Wir wollen uns in diesem Abschnitte nur mit den einfachsten Bewegungsstörungen befassen, d. i. mit jenen, die als unmittelbare Folgezustände der geistigen Degenerationszeichen der Hysterie angesehen werden dürfen. Diese Elementarstörungen werden beinahe stets angetroffen, hemmen aber, von den höchsten Graden abgesehen, die Ausübung der normalen Thätigkeiten nur in geringem Maasse und können nur selten als eigentliche krankhafte „Zufälle" betrachtet werden.

§ 1. Die Schwächung der Willkürbewegungen.

Gewisse Arten der Bewegung sind bei den Hysterischen nahezu unverändert. Die Reflexe sind z. B. wenig oder gar nicht verändert, ausgenommen die Schmerzreflexe in den Fällen, wo vollkommene Analgesie besteht. Einzelne Beobachter, besonders *Paul Richer*,[1]) weisen darauf hin, dass sie meist gesteigert und nur selten herabgesetzt sind. Dies gilt wohl für eine grosse Anzahl von Fällen, ist aber keineswegs als Gesetz zu betrachten. So ist es beispielsweise schwer, den Kniereflex bei Camilla, besonders aber bei Renée zu untersuchen. Bald schleudern sie, nach der Beklopfung mit dem Hammer, das Bein in die Luft oder fahren von ihrem Sessel in die Höhe, bald lassen sie das Bein nahezu unbeweglich herabhängen. Es besteht bei manchen Kranken gleichsam ein Delirium der Reflexe, da diese jede Gesetzmässigkeit verloren haben und unaufhörlich wechseln. Es sind dabei bewusste und unterhalb der Bewusstseinsschwelle liegende Vorgänge

---

[1]) *Paul Richer:* „Hysterische Lähmungen und Contracturen". 1892, 25.

im Spiel, über die man sich nur schwer Klarheit verschaffen kann. Man weiss ferner, dass die eingelernten und automatischen Bewegungen im Allgemeinen erhalten, vielleicht sogar gesteigert sind. Die schwerwiegenden Bewegungsstörungen müssen einzig und allein auf dem Gebiete der willkürlichen Bewegungen gesucht werden.

Diese Bewegungen zeigen vor allem allgemeine Störungen, die sowohl auf der empfindenden, als auch auf der unempfindlichen Körperhälfte bestehen und die durch das Vorhandensein der Anästhesie bloss gesteigert werden; wir wollen uns zunächst mit diesen beschäftigen.

1. Die willkürlichen Bewegungen sind verlangsamt und die Durchführung der aufgetragenen Bewegung dauert länger, als dies gewöhnlich der Fall ist. Es ist unnütz, Zahlenangaben zu machen, wo es sich um zusammengesetzte Bewegungen handelt, denn es kann diese Verlangsamung von einigen Secunden bis zu einer halben Stunde dauern, wie wir dies bei Marcelle gesehen haben. Diese Verlangsamung kann bei einer Einzelbewegung genauer beobachtet werden, besonders bei denjenigen Bewegungen, die als Reaction auf einen Berührungsreiz eintreten. Man findet bei vielen Hysterischen selbst wenn sie behaupten, sich Mühe gegeben zu haben, eine ausserordentlich lange Dauer der Reactionszeit.

Féré hat auf diese Thatsache wiederholt hingewiesen und hat auch gezeigt, dass die einzelnen Bestandtheile dieser Reactionszeit, nämlich die centripetale und centrifugale Uebertragung, gleichmässige Verspätung zeigen.[1] „Es scheint, dass die Dauer der Reactionszeit in dem Maasse wächst, als die allgemeine oder specielle Sensibilität abnimmt". Ein alter Versuch von *Duchenne* hat bereits diese Verspätung der Bewegungen, welche für die unterempfindliche Körperhälfte kennzeichnend ist, klargelegt. Wenn man nämlich eine Hysterische auffordert, mit beiden Händen gleichzeitig dieselbe Bewegung zu machen, so sieht man, dass die unempfindliche Hand stets zurückbleibt und dass sie, trotz der Anstrengungen der Kranken, in dem gleichen Zeitraume immer eine geringere Zahl von Bewegungen ausführt, als die empfindende Hand. Durch die unmittelbaren Messungen von *Féré*, dann auch von *Binet*, ist diese Verspätung in einer genauen Weise angegeben worden. Nach den Angaben von *Binet* würde der Mittelwert der einfachen Reactionszeit für die empfindende Hand, 0·227, für die unterempfindliche Hand 0·709[2]) betragen. Es ist, wohl-

[1]) *Féré:* „Die Willkürbewegungen bei den Hysterischen". Revue philosophique. 1889, II., 38.

[2]) *Binet:* „Willkürbewegungen der Hysterischen". Revue philosophique. 1889, II., 38.

gemerkt, unmöglich, die Zeit der bewussten und willkürlichen Reaction an der gänzlich unempfindlichen Körperhälfte festzustellen, es handelt sich hier nur um Fälle von bloss herabgesetzter Empfindung. Ich glaube, dass in diesen Fällen von Unterempfindlichkeit, die bekanntlich auf grosser Zerstreutheit beruhen, die Reactionszeit noch länger dauern kann, besonders wenn man es vermeidet, die Aufmerksamkeit der Kranken lebhaft anzuregen. Ich habe wiederholt Verspätungen beobachtet, die eine, selbst zwei Secunden überstiegen, während die einfache Reactionszeit sich gewöhnlich zwischen $^1/_5$ und $^1/_8$ Secunde[1]) bewegt. Ich konnte sogar einmal mit *Sollier*, bei einem Hysteriker der Landouzy'schen Abtheilung eine Reactionszeit beobachten, die geradezu unglaublich ist; sie schwankte zwischen 20 und 30 Secunden. Die Reaction war so verspätet, dass sie nicht mehr vom Reize abhängig erschien und an die „falschen Empfindungen" der Tabetiker erinnerte. Die Reactionszeit ist, wohlgemerkt, vielfachen Schwankungen unterworfen, wie *Féré* wiederholt nachgewiesen hat, denn es besteht eine innige Beziehung derselben zu der Aufmerksamkeit der Kranken und man weiss, wie sehr bei der Hysterie die Aufmerksamkeit herabgesetzt und schwankend ist, besonders in Bezug auf die unempfindliche Körperhälfte. Schliesslich führt diese Verlangsamung der Reaction zu einer Veränderung der Zuckungscurve, die nicht mehr jäh abfällt, sondern allmählig absinkt und ebenso ansteigt; sie nimmt in den Fällen von Hysterie dieselbe Gestalt an, die sie bei gesunden Menschen unter dem Einfluss der Ermüdung zeigt.

Ich habe alle diese Kennzeichen als psychologische Vorgänge dargestellt, die in Beziehung zur Abschwächung der Aufmerksamkeit und zur Verminderung der „Ich"-Wahrnehmung stehen. Man kann auch thatsächlich an den unterempfindlichen, ja selbst gänzlich unempfindlichen Körpertheilen, durch die Einwirkung eines Berührungsreizes, Bewegungen hervorrufen, die unterhalb der Bewusstseinsschwelle liegen und nicht zur Wahrnehmung kommen. Diese Erfahrung wird uns nicht so sehr die Messung der bewussten und willkürlichen, als jene der halbbewussten und automatischen Reactionszeit ermöglichen. Der leider allzufrüh verstorbene *Onanoff* hat als Erster eine ganze Versuchsreihe über diese Frage angestellt und hat gezeigt, dass die Verlangsamung der bewussten Reactionszeit nicht nothwendig zu einer Verlangsamung der halbbewussten Reactionszeit führen müsse und dass letztere, ganz im Gegentheil, von geringerer Dauer sein könne.[2])

---

[1]) *Wundt:* „Psychol. physiol." 1886, II., 251.

[2]) *Onanoff:* Arch. neur. 1890, 372.

Aus dieser Thatsache kann man ersehen, dass diese Verspätung nicht auf einer Veränderung der elementaren Nervenapparate beruht, sondern auf jener Veränderung der höheren Centren, welche die bewusste Aufmerksamkeit herabsetzt.

2. Den Willkürbewegungen mangelt die Entschiedenheit und feste Lenkung. Es genügt von den Kranken das Ergreifen eines kleinen Gegenstandes, das aufmerksame Einfädeln einer Nadel zu verlangen, um diesen Mangel an Sicherheit und Genauigkeit zu erkennen. Ganz auffallend und bedeutungsvoll wird dieses Verhalten, wenn man es mit anästhetischen Körpertheilen zu thun hat und wenn man den Kranken auffordert, den Kopf wegzuwenden und ohne Mithilfe des Gesichtssinnes zu handeln. Die Anästhesie für Berührungen, stört an und für sich die Bewegungen nur in geringem Grade und trägt auch nicht viel zur allgemeinen Unentschiedenheit bei, wogegen die tiefgreifende Muskelanästhesie von viel grösserer Bedeutung ist.

Duchenne [1]) hatte bereits bemerkt, dass gewisse Individuen auch dann ein gutes Bewegungsvermögen zeigen, wenn ihnen die von *Gerdy* als „Gefühl der Muskelthätigkeit", von *Bell* als „Muskelsinn" bezeichnete Empfindung mangelt. *Charcot* [2]) legte darauf besonderes Gewicht, und stellte auch Kranke vor, die nicht sagen konnten, welche passiven Bewegungen man an ihrem Arme machte, und doch im Stande waren, den Arm, ohne darauf hinzusehen, zu bewegen. Wenn ich meinen Beobachtungen Glauben schenken darf, so haben nicht alle derartigen Kranken eine vollständige Unempfindlichkeit der Bewegungswahrnehmung; sie haben zwar an der Hand und am Arme die Bewegungsempfindung eingebüsst, aber an der Schulter bewahrt, und sie bewegen ihre Arme wie Stöcke, deren Lageveränderungen sie ganz nebelhaft empfinden. Einzelne indessen fühlen, wie *Charcot* bemerkte, überhaupt gar nicht, also auch in der Schulter nicht. Bei diesen Kranken ist in noch höherem Maasse, als bei den vorerwähnten die Bewegung vollkommen ungeordnet und rechtfertigt die von *Duchenne* angewendete Bezeichnung „hysterische Ataxie". Fordert man die Kranken auf, ihr eigenes Ohr zu berühren, so schleudern sie ihren Arm ziellos in die Luft, und treffen auf den Hals oder die Haare; sie halten auch die ihnen in die Hand gegebenen Gegenstände unsicher oder umschliessen sie derartig, dass sie sie zerbrechen.[3])

---

[1]) *Duchenne* (de Boulogne): „Électrisation localisée". 413.
[2]) *Charcot:* „Vorlesungen über Nervenkrankheiten". Bd. III. Anhang.
[3]) *Briquet:* Op. cit. 298.

Das Wesen dieser Unentschiedenheit ist durch einen oft angestellten Versuch klar beleuchtet worden. Trug man der Kranken auf, die Hand ans Ohr zu führen, so vollzog sie unverzüglich diese Bewegung; als aber meine Hand sich zwischen der ihrigen und ihrem Ohr befand, kam es ihr nicht zum Bewusstsein. Wenn ich ihren Arm mitten in der Bewegung festhielt, so bemerkte sie es nicht. Wenn ich, ohne dass sie es sehen konnte, ihre Hand am Bette festband und sie aufforderte die Hand an den Kopf zu führen, machte sie eine augenblickliche Anstrengung, dann blieb sie aber ruhig, weil sie glaubte, bereits die Bewegung ausgeführt zu haben.[1] Man sieht, dass die Vorgänge, welche die Handlungen einleiten, der Wille und die geistige Vorstellung der auszuführenden Bewegung — mögen sie welcher Art immer sein — unversehrt geblieben sind, während die Empfindung der ausgeführten Bewegung, welche eben das Individuum leitet und hier die Ausführung der Bewegungen ermöglicht, nicht mehr im Normalbewusstsein desselben vorhanden ist. In kurzen Worten, der Kranke hat anscheinend sich die kinästhetischen Vorstellungen, die eben die Bewegung hervorrufen, bewahrt, hingegen jene rückläufige „Muskelempfindung" eingebüsst, welche uns von der Durchführung unserer Bewegungen benachrichtigt und uns anzeigt, wenn irgend ein Widerstand dieselben hemmt.

Diese Unentschiedenheit ist ferner ein Folgezustand der hysterischen Anästhesie. Man kann thatsächlich in dieser Erscheinung alle Kennzeichen der Anästhesie wiederfinden. Wenn Maria oder Isabella, ihre Hand ans Ohr führen, so thun sie dies, falls es mit Bewusstsein und willkürlich geschieht, ganz ohne Ziel und treffen auf ihre Haare. Wenn ich aber, durch die bereits oft beschriebenen Verfahrungsweisen, dieselbe Handlung auf halb unbewusstem Wege hervorrufe, so wird der sich erhebende Arm, ohne etwas davon zu wissen, ganz unmittelbar auf das Ohr treffen. Die Unentschiedenheit und Ataxie der Bewegung besteht nur dann, wenn die Handlung eine persönliche und bewusste war, ebenso wie die Anästhesie nur bei der „Ich"-Wahrnehmung sich zeigte.

3. Die Willkürbewegungen sind wesentlich vereinfacht. Ich will damit sagen, dass die Hysterische nicht im Stande ist, zusammengesetzte Thätigkeiten auszuführen, d. h. solche, die zu gleicher Zeit mehrere verschiedene Bewegungen erfordern; sie kann mit Bewusstsein auf einmal nur eine Einzelbewegung ausführen. Diese Beobachtung bildete die Grundlage meiner Arbeit über den seelischen Automatismus

[1] These von *Deneaux*.

und wurde seither von mehreren Beobachtern angenommen. Fordert man die Kranken auf — wie *Binet* bemerkt — gleichzeitig mehrere Bewegungen auszuführen, so richtet sich die gesammte Anspannung ihrer Aufmerksamkeit auf eine einzelne Bewegung. Die Kranken merken es selbst, dass es ihnen sehr schwer fällt, gleichzeitig an ihre beiden Hände zu denken, wenn sie einen Gegenstand von beiden Seiten her umschlossen halten.[1]) In einer jüngst erschienenen Arbeit hat *A. Pick* in Prag diese allgemeine Bemerkung durch eine Reihe von Einzelbeobachtungen näher erörtert.[2]) Er untersucht die Bewegungen einer Hysterischen, deren Gesichtsfeld stark eingeengt und die rechtsseitig anästhetisch ist; um erstere zu studieren, bittet er die Kranke, die Finger wie beim Klavierspiel zu bewegen. Die Bewegungen werden richtig ausgeführt und man gestattet der Kranken ihre rechte Hand, während sie sich bewegt, zu betrachten; die Wichtigkeit dieses letzterwähnten Umstandes soll im nächsten Abschnitte näher erörtert werden. In diesem Augenblicke nun genügt es von der Kranken irgend eine andere Bewegung, mag diese auch noch so gering sein, zu verlangen, um die Bewegungen der Finger der rechten Hand zu verwirren oder sogar vollständig aufzuhalten. Es genügt, den linken Arm heben,[3]) ein Bein ausstrecken, den Mund öffnen, irgend welche Worte sprechen, oder das Auge schliessen zu lassen etc. — um die Bewegungen der rechten Hand unmittelbar zu stören oder zu hemmen. Nun eine bemerkenswerte und durch die vorhergehenden Auseinandersetzungen für uns verständliche Einzelheit: Die im Geiste der Kranken hervorgerufenen Empfindungen zeigen genau das gleiche Ergebnis. Es genügt die Kranke an der linken empfindlichen Seite zu stechen, sie einen Duft einathmen zu lassen, ihr vor das Auge irgend einen Gegenstand oder eine farbige Brille zu geben, damit sich diese Eindrücke eines grossen Theiles der verfügbaren Aufmerksamkeit bemächtigen und die Bewegungen der rechten Hand unmöglich machen. Dieses Verhalten ist keineswegs von der Anästhesie der Hand abhängig, denn die Dinge vollziehen sich in gleicher Weise bei den Bewegungen der linken, empfindenden Hand; diese werden nämlich in gleicher Weise durch jede anderweitige gleichzeitige Bewegung und Empfindung wesentlich gestört oder völlig gehemmt.

---

[1]) *Binet:* „Die Willkürbewegungen der Hysterischen". Revue philosoph. 1889, II., 470.

[2]) *A. Pick:* „Ueber die sogenannte conscience musculaire" (Duchenne). Zeitschrift für Psych. und Phys. der Sinnesorgane. Herausg. von H. Ebbinghaus und A. König. IV., 1892.

[3]) *Pick:* Op. cit., 181.

Pick fasst seine Erfahrungen in den folgenden Worten zuammen: „Neben der Einengung des Bewusstseinsfeldes muss man auch eine Einengung des „Bewegungsantriebes“ annehmen und aus diesem Grunde können die gleichzeitig auftretenden Bewegungsantriebe nicht zur vollen Entfaltung gelangen.“[1]) Ich glaube, dass diese beiden Vorgänge völlig gleichartig sind: Das, was *Pick* als Einengung des Bewegungsantriebes bezeichnet, ist im Ganzen genommen nichts Anderes, als eine Verminderung der Bewegungs- oder anderer Vorstellungen, die das Individuum gleichzeitig in einer und derselben „Ich“-Wahrnehmung zu vereinigen im Stande ist und welche es im gegebenen Momente seinem „Ich“ einverleiben kann. Anlässlich der Besprechung der Amnesie und der Abulie sind derartige Thatsachen eingehend erörtert worden. Es gereicht mir aber zur Freude, dass *Pick* in einer so eingehenden und anziehenden Weise die allgemeine Hypothese, welche eine Einengung des Bewusstseinsfeldes bei den Hysterischen annimmt, bestätigt hat.

4. Die willkürlichen Bewegungen sind abgeschwächt. Diese Thatsache wurde bereits von *Briquet* beobachtet, der sie in geistreicher Weise mit dem Erstarrungszustand, der nach lebhaften Aufregungen eintritt, verglichen hat.[2]) Diese Auslegung erscheint uns aber nur in einem Punkte zutreffend, insoferne es sich hier nämlich um einen seelischen Vorgang handelt. *Burcq*, *Charcot* und dann *Paul Richer* haben diese Thatsachen mit grosser Genauigkeit unter dem Namen der „Amyosthenie“ beschrieben.[3]) Man wird thatsächlich überrascht, eine Person von anscheinend blühender Gesundheit, mit kräftigen Muskeln vor sich zu sehen, welche, wenn man sie dazu auffordert, die Hand nur kraftlos zu drücken im Stande ist und auch gegen passive Bewegungen nur geringen Widerstand leistet. Lässt man, behufs genauerer Messung, den Kranken ein Dynamometer drücken, so erhält man eine erstaunlich niedrige Zahl als Resultat. Diese Verminderung erstreckt sich sowohl auf die eine, als auch auf die andere Hand, doch ist sie an der unempfindlichen Seite stärker ausgesprochen. Hier einige augenfällige Beispiele: Margarethe, die rechtsseitig anästhetisch ist, bringt es rechts bis auf 8, links bis auf 25. Bertha, welche linksseitig anästhetisch ist, zeigt rechts 25 und links 10. Camilla, linksseitig anästhetisch, 18 rechts und 3 links. Célestine, die an beiden Seiten anästhetisch ist, markiert rechts 9, links 5. Diese Zahlen bringen den Mittelwert zahlreicher Messungen zum Ausdruck, bei deren Vornahme

[1]) *Pick:* Op. cit., 182.
[2]) *Briquet:* Op. cit., 442.
[3]) *Paul Richer:* Op. cit., 23.

die Kranken die Augen offen hielten und ihre Hand während des Drückens beobachten konnten.

Obwohl diese Erscheinung örtlich beschränkt erscheint, so ist sie doch nichtsdestoweniger die Kundgebung eines Allgemeinzustandes, der sich auf das gesammte Wesen erstreckt[1]) und wir sehen, dass sie auch mit all den bereits beschriebenen psychologischen Vorgängen in Beziehung steht. Einzelne Beobachtungen sollen noch zur Bestätigung dieser Behauptung herangezogen werden. Es ist sicher, dass die seelischen Vorgänge einen ausserordentlichen Einfluss auf diese Muskelschwäche ausüben. Die Amyosthenie wird grösser, wenn man z. B. die Aufmerksamkeit des Kranken vermindert und ihm nicht gestattet, auf die drückende Hand zu schauen.[2]) Margarethe hat bei geschlossenen Augen nicht mehr, als 0 rechts und 10 links, Bertha 15 rechts und 6 links, Camilla 9 rechts und 0 links, Célestine 0 rechts und 0 links. Die Schwäche verschwindet im Gegentheil vollständig, wenn man mit allen möglichen Mitteln die Aufmerksamkeit anregt, indem man die Kranken zusehen lässt, ihnen die Bewegung vorzeigt und sie die Hand mehrmals bewegen lässt, bevor diese mit dem Drücken beginnt etc.

Ich will nur noch eine allgemeine Bemerkung hinzufügen, um die Analogie dieser Thatsache mit den in den früheren Abschnitten beschriebenen zu zeigen. Die mit dem Dynamometer erhaltenen Zahlen erscheinen mir ganz erstaunlich und ich finde, dass die Mehrzahl der Beobachter sie hinnimmt, ohne die gebührende Ueberraschung zu zeigen. Wenn wir das Dynamometer von halbseitig Gelähmten, von an Muskelatrophie Leidenden drücken lassen, so erhalten wir auch Zahlenwerte von 5 bis 10. Hier setzen sie uns aber keineswegs in Erstaunen, denn wir wissen, dass wir es mit Kranken zu thun haben, deren Schwächezustand bei jeder Thätigkeit sich kundgibt. Unsere Hysterischen aber, die 5 und 10 markiren, sind nicht, so wie jene, Krüppel; sie nähen, arbeiten, tragen Lasten ohne irgend welche anscheinende Beschwerlichkeit. Ich will meine Ansicht durch ein Beispiel belegen: Célestine ist ein kräftiges, an schwere Arbeiten gewöhntes Landmädchen, die sich zur Belohnung die Erlaubnis ausbittet, den Fussboden kehren und scheuern zu dürfen. Sie ist ziemlich roh und wenn ihr irgend Etwas nicht passt, so rüttelt sie an den Betten, und rückt sie von ihrem Platze und hebt mit einem Arme schwere hölzerne Lehnstühle in die Höhe. Sie leidet an furchtbaren Zornesausbrüchen und hat in den Anstalten, wo sie untergebracht war, selbst kräftige Männer geprügelt Ich halte nun dieses junge Mädchen mitten in ihrer Arbeit auf und

[1]) *Gilles de la Tourette:* Op. cit., 456.

[2]) *Binet:* „Willkürbewegungen bei den Hysterischen". 1889, II.

gebe ihr das Dynamometer zum Drücken. Sie ist an beiden Körperhälften vollkommen unempfindlich und kann das Dynamometer nur handhaben, wenn sie darauf sieht. Das Instrument zeigt als Mittelwert (der Versuch wurde wiederholt angestellt) rechts 9 und links 5, auch wenn die Kranke darauf sieht. Ich behaupte nun, dass diese Zahlen in völligem Widerspruche zu den Leistungen stehen, die ich jeden Augenblick von ihr zu sehen bekomme. Um mir darüber Klarheit zu verschaffen, habe ich selbst den Versuch gemacht, und obwohl ich es an dem gleichen Dynamometer bis auf 50 bringe, bin ich doch nicht im Stande wie sie, Betten und Lehnstühle zu heben. Das gleiche Verhalten kann auf dem Wege des Versuches mit noch grösserer Genauigkeit nachgewiesen werden. Es muss aber zugestanden werden, dass es dann weniger augenfällig ist. Margarethe ist rechterseits vollkommen unempfindlich, und wenn ich sie auffordere, das Dynamometer mit der rechten Hand, ohne darauf zu schauen, zu drücken, so verharrt sie bewegungslos und das Instrument bleibt bei 0 stehen. Es ist aber bekannt, dass ich bei ihr am rechten Arm Bewegungen erzeugen kann, die unterhalb der Schwelle des Bewusstseins liegen. Lasse ich sie nun in dieser Weise mit der rechten Hand das Dynamometer drücken, ohne dass es ihr zum Bewusstsein kommt, so macht sie wirklich eine Bewegung und das Dynamometer zeigt 10 oder 12. Es ist das zwar nicht viel und man kann daraus ersehen, dass die halbbewussten Bewegungen schwach sind, aber es ist immerhin mehr als 0.

Es vollzieht sich also bei der Hysterischen eine eigenthümliche Aenderung, wenn man sie zum Gegenstand eines Versuches macht, wenn man sie bittet, aufzumerken, wenn man sie auffordert willkürlich und mit Bewusstsein das Dynamometer zu drücken, um so ihre eigene Kraft zu zeigen. Sie kann sich aber dazu nicht aufschwingen, kann in dieser Form von ihrer Kraft keinen Gebrauch machen, obwohl diese in Wirklichkeit vorhanden ist und auch bei allen Thätigkeiten des täglichen Lebens freigebig verbraucht wird, so lange eben die Kranke nicht in die Lage kommt, sich darüber Rechenschaft zu geben. Es ist dies ganz dasselbe Verhalten, das wir auch unter der Bezeichnung der Abulie kennen gelernt haben.

Die Amyosthenie steht in enger Beziehung zur Schwäche der willkürlichen Handlungen. Eine seit Langem bekannte Beobachtung von *Féré* ist geeignet, uns diese Abhängigkeit zu erklären: er hat nämlich gezeigt, dass der dynamometrische Druck — i. e. die jähe und für den Augenblick bestimmte Anspannung der Kraft, bei den Negern, sowie bei den ausschliesslichen Handarbeitern gering ist, bei den Vertretern der geistigen Arbeit hingegen als grösser sich

erweist; mit einem Worte, es ist hiedurch gezeigt, dass die möglichst grosse Leistung in der für den Augenblick berechneten Kräfteanspannung mit der grösseren Lebhaftigkeit der Geistesthätigkeit [1]) Hand in Hand geht. Diese Annahme würde ungenau sein, wenn man sie für die Kraft irgend einer beliebigen Bewegung in Betracht zieht, sie ist aber gerechtfertigt, wenn man ihre Anwendung auf die mit Bewusstsein und Willen vollzogene Kraftanspannung beschränkt. Wenn sich dies so verhält, so wird sich wohl Niemand mehr wundern, dass die Muskelkraft bei den Hysterischen, besonders auf der unempfindlichen Seite so gering ist. Die Kraft ihrer Aufmerksamkeit ist äusserst gering und sie sind nicht im Stande, ihre gesammte Leistungsfähigkeit zu einer eben vorzunehmenden Handlung zu vereinigen. Ihre Kraft wird ganz automatische Schwankungen zeigen, je nachdem durch Leidenschaft oder Gewohnheit eine grössere oder geringere Menge seelischer Vorgänge zu irgend einer Handlung concentrirt wird; es wird aber nicht von ihnen abhängen, im gegebenen Augenblick, diese Kraft mit Bewusstsein und Willen anzuwenden.

Alle diese Vorgänge, die ich soeben besprochen habe, können als seelische Vorgänge betrachtet werden. Einer davon, nämlich die Unentschiedenheit und Ataxie der Bewegungen kann wohl zum Theil von der Anästhesie abhängen, alle andern aber sind unmittelbare Kundgebungen der schweren Störung des Willens und der bewussten Aufmerksamkeit, i. e. der Abulie.

§ 2. Der Lasègue'sche Symptomencomplex.

Es kommt sehr oft vor, dass an den von gänzlicher Anästhesie befallenen Gliedern einer Hysterischen, wobei Tast- und Muskelsinn gestört sind und auch die Wurzel des Gliedes mitergriffen ist, die Bewegungsstörungen noch viel ausgesprochener sind, als in den vorhin erwähnten Fällen. Diese zeigen sich dann in einer ganz eigenartigen Form, durch welche die wichtigsten psychologischen Fragen in Anregung gebracht werden.

Diese Bewegungsstörung der unempfindlichen Körpertheile ist seit geraumer Zeit von *Ch. Bell, Duchenne* und *Briquet* beschrieben worden, doch scheint es uns, dass die erschöpfendste und genaueste Beschreibung derselben von *Lasègue* [2]) gegeben wurde, weshalb wir den Vorschlag machen, diese Gruppe verwickelter Erscheinungen mit dem Namen „Symptomencomplex von *Lasègue*“ zu bezeichnen.

---

[1]) *Féré:* „Empfindung und Bewegung“. 1887, 5.

[2]) *Lasègue:* „Hysterische Anästhesie und Ataxie“. Études médicales. II., 25.

Wir wollen zunächst die wesentlichen Kennzeichen dieser Symptomengruppe zusammenfassen:

1. Der Kranke ist unfähig, irgend welche Bewegung an der anästhetischen Seite ohne Beihilfe des Gesichtssinnes auszuführen.

2. Bei gewissen Versuchen kann die mit Hilfe des Gesichtssinnes begonnene Bewegung dann ohne diese Hilfe fortgesetzt werden.

3. Die Gesichtsvorstellungen, oder selbst die Tastempfindungen können die Gesichtswahrnehmung ersetzen, vorausgesetzt, dass sie dem Individuum gleich zu Beginn der Bewegung von der Lage des Gliedes Nachricht geben.

4. Dieses Verhalten ist für das Individuum keineswegs störend, da dieses alle Bewegungen des gewöhnlichen Lebens ohne irgend welche Beschwerde ausführt.

5. Wenn man den Arm des Individuums hebt, ohne dass dieses es wahrnimmt, so verharrt der Arm unbeweglich in cataleptischen Stellungen.

6. Es können Bewegungen auch ohne Hilfe des Gesichtssinnes erhalten werden, doch liegen diese unterhalb der Bewusstseinsschwelle und der Kranke gibt sich keine Rechenschaft davon.

Wir wollen nun in diesem Abschnitte die ersten drei Kennzeichen, die zugleich auch den wesentlichen Bestandtheil des Symptomencomplexes bilden, näher untersuchen und die Besprechung der andern drei für den folgenden Abschnitt aufbewahren.

Die wichtigste Thatsache ist der Verlust der Bewegung bei fehlender Mithilfe des Gesichtssinnes. *Ch. Bell* gibt dazu folgendes Beispiel: „Eine Mutter wird, während sie ihr Kind nährt, von Lähmung befallen. Sie verliert die Muskelkraft der einen und gleichzeitig die Empfindung an der andern Körperhälfte; nun ergab sich der merkwürdige und wirklich in die Augen springende Umstand, dass diese Frau ihr Kind n u r d a n n mit dem muskelkräftigen, aber anästhetisch gewordenen Arm am Busen festhalten konnte, wenn sie auf den Säugling hinsah. Wenn sie durch die umgebenden Gegenstände von ihrer Aufmerksamkeit auf die Lage ihres Armes abgelenkt wurde, so liessen ihre Beugemuskeln allmählig nach und das Kind lief Gefahr, zu Boden zu fallen." Man beobachtet noch häufiger eine andere Thatsache dieser Art, dass nämlich sich die anästhetischen Kranken bei Nacht nicht rühren können.[1]) Lucie konnte z. B. zur Zeit ihrer vollständigen Anästhesie nicht mehr die kleinste Bewegung im Bette ausführen, sobald einmal das Licht ausgelöscht war. Morgens befand

[1]) *Duchenne* (de Boulogne): Op. cit., 420.

sie sich genau in derselben Lage, die sie am Abend vorher eingenommen hatte. Einzelne Aerzte hatten — wie *Briquet*[1]) mittheilt — diese merkwürdige nächtliche Lähmung als intermittirend aufgefasst und mit Chininsulfat behandelt.

Derartige unmittelbare Beobachtungen sind indessen sehr selten, denn die von uns hier besprochene Thatsache wird vorwiegend durch das Experiment der Erkenntnis zugänglich gemacht; man muss, um sie feststellen zu können, nach ihr suchen. Man hat wahrgenommen, dass die in Beobachtung befindlichen Kranken, die sich eben während der Untersuchung gleichsam überwachen, unaufhörlich mit dem Blicke ihre anästhetischen Arme und Beine verfolgen, wenn man irgend eine Bewegung von ihnen fordert. Man hat natürlich daran gedacht, die Handlung zu vereinfachen, indem man das Dazwischentreten des Gesichtssinnes unmöglich machte. Ich glaube aber, dass man den völligen Verschluss der Augen der Kranken vermeiden muss, weil man sonst bei den Hysterischen alle möglichen Störungen des Bewusstseins, selbst Somnambulismus erzeugen kann[2]); dann könnte auch die Anästhesie sich verändern und die Bewegungen würden auch nicht mehr das gleiche Verhalten zeigen. Man muss sich damit begnügen, den Kopf des Kranken wegzuwenden und den Arm durch einen Schirm zu verbergen. Geht man derart zu Werke, so bemerkt man, dass der unempfindliche Körpertheil mit einem Schlage gelähmt wird; er fällt durch sein eigenes Gewicht schlaff hinunter, und führt keine von den Bewegungen aus, die man der Kranken aufträgt. Letztere verhält sich nun — je nach dem Falle — in verschiedener Weise: Bald scheint sie fruchtlose Anstrengungen zu machen, die sich durch den Gesichtsausdruck und die Mitbewegungen der empfindenden Körperhälfte kundgeben, und sagt dann mit dem Ausdruck der Verzweiflung: „Ich kann es nicht, ich weiss nicht warum, aber ich kann den rechten Arm nicht heben.“ Ein gleiches Verhalten zeigt Margarethe. Bald bleibt diese Kranke, sowie man es bei Marie oder B. . . sieht, vollkommen ruhig und antwortet, wenn man sie aufgefordert hat, an der unempfindlichen Körperseite eine Bewegung vorzunehmen: „es ist geschehen.“ In Wirklichkeit hat sich der Arm nicht einmal gerührt. Es ist nicht immer leicht, sich über diese Verschiedenheiten Rechenschaft zu geben, doch muss man vor Allem die grundlegende That-

---

[1]) *Briquet:* Op. cit., 303.

[2]) Die durch Schliessen der Augen oder Verstopfen der Ohren entstehenden Störungen des Bewusstseins und der Bewegungen sollen im zweiten Bande anlässlich des Somnambulismus erörtert werden.

sache, d. h. das völlige Verschwinden der willkürlichen Bewegung, bei fehlender Beihilfe des Gesichtssinnes, feststellen.[1])

Diese von der Beseitigung der Mitwirkung des Gesichtssinnes verursachte Lähmung kann sich in gewissen Fällen durch ganz besondere kleine Eigenthümlichkeiten kundgeben. Man lässt den Kranken die Augen offen halten und begnügt sich damit, dessen unempfindliche Hand nach hinten auf den Rücken zu lagern; er ist dann gänzlich unfähig, sie willkürlich wegzuziehen (Bell'sches Zeichen). Wenn der Kranke beiderseits unempfindlich ist, so heisst man ihn aufrecht stehen, dann fordert man ihn auf, die Augen zu schliessen. Allsogleich geräth er in's Schwanken und fällt schliesslich zu Boden. Lucie, Célestine, Witm. . ., Hab. . . und viele Andere fallen derart jäh zu Boden (Romberg'sches Zeichen). Trotz des Sturzes und der Muskelerschlaffung muss man mit *Briquet* daran festhalten, dass diese Lähmung ausschliesslich die Muskeln der Gliedmassen betrifft, wogegen im Allgemeinen weder die Athmungs-, noch die Gesichts- und Rückenmuskeln derartig erkrankt sind. Wie *Briquet* treffend bemerkt[2]), sind es die für gewöhnlich der Gesichtswahrnehmung zugänglichen Muskeln, die unter dieser Unterdrückung des Gesichtssinnes leiden. Indessen sind auch Fälle mitgetheilt worden[3]), wo die Kranken — bei geschlossenen Augen — nicht mehr den Mund öffnen, auch nicht die Zunge hervorstrecken oder schlucken konnten. Diese übergrosse Entwicklung des Vorganges ist sehr selten; sie nähert sich bereits jenem Verhalten, worüber ich später anlässlich des Somnambulismus sprechen werde, nämlich der vollständigen geistigen Umnebelung, die bei gewissen Hysterischen eintritt, wenn man das einzige Sinnesorgan, das noch mit Bewusstsein arbeitete, von der Aussenwelt abschliesst.

Pick hat in seiner vorhin erwähnten Arbeit diese Erscheinung einer eingehenden Untersuchung unterzogen. Er weist zunächst darauf hin — und hier theile ich vollkommen seine Anschauung, dass man hier nicht von einer wirklichen Erschöpfung sprechen darf, die durch Ausschaltung des Gesichtssinnes erzeugt wird, ebensowenig wie von einer nach Erregungen des Gesichtssinnes eintretenden Kraftbildung. Es ist für die ganze Sache — wie wir gesehen haben — gleichgiltig, ob das Individuum die Augen offen oder geschlossen hat, wenn nur die Aufmerksamkeit in einer bestimmten Weise abgelenkt ist. *Pick* ist auch bestrebt, diese Bewegungsschwäche einer Erscheinung näher

[1]) Vgl. den Aufsatz von *Raymond*. Révue de médicine. 1889, 396.

[2]) *Briquet:* Op. cit. 478.

[3]) *Pitres:* Op. cit., I. 117.

zu bringen, die wir im vorhergehenden Abschnitt als „Vereinfachung der Bewegungen bei den Hysterischen“ bezeichnet haben. Man weiss, dass eine Hysterische, die von der Ausführung irgend einer Bewegung oder dem Verharren in einer bestimmten Haltung in Anspruch genommen ist, in eben diesem Augenblicke unfähig ist, irgendwelche andere Handlung auszuführen. Nun! — sagt uns dieser Forscher — wenn ich anders richtig verstanden habe, ist die Kranke, beim Versuch von *Lasègue* damit beschäftigt, die Augen zu schliessen, den Kopf wegzuwenden, auf den Lichtschirm zu sehen u. s. w. und hierin eben liegt es, dass sie ausser Stande ist, den linken Arm zu erheben. Diese motorische Schwäche müsste wohl zur Zerstreutheit und zur Einengung des Bewusstseinsfeldes in nähere Beziehung gebracht werden.

Diese Auslegung ist weit davon entfernt, mir zu missfallen, denn ich habe selbst immer daran festgehalten, dass die Anästhesie eine Form der Zerstreutheit ist und dass auch die von der Anästhesie ausgehenden Störungen Folgezustände der Zerstreutheit darstellen. Man darf aber dabei nicht ausser Acht lassen, dass die Anästhesie nur eine ganz besondere Art der Zerstreutheit, und durch automatische Angewöhnung — umgeformt ist und deshalb ihre besonderen Eigenthümlichkeiten besitzt. Wie gross nun auch die allgemeine Richtigkeit der Anschauung von *Pick* sein mag — die nackte Thatsache steht fest: Das Individuum, welches den Kopf wegwendet — und wenn man es so will — eben durch diese Stellung abgelenkt wird, ist doch noch im Stande, an der empfindenden Seite Bewegungen auszuführen; diese sind eben nur an der unempfindlichen Seite verloren gegangen. Die Anästhesie fügt also noch irgend Etwas zu der allgemeinen Zerstreutheit hinzu. Der Kranke ist, obwohl zerstreut, doch im Stande, ohne Beihilfe des Gesichtes an der empfindenden Körperhälfte Bewegungen auszuführen, er ist aber genöthigt, hinzusehen, wenn es sich um die unempfindliche Körperhälfte handelt, da er hier aus einer stärkeren Zerstreutheit heraustreten muss.

Hier die Erklärung, die ich bereits für diese merkwürdigen Erscheinungen vorgeschlagen habe;[1]) sie scheint mir nicht in Widerspruch zu der von *Pick* gegebenen zu stehen, sie dürfte aber etwas vollständiger sein, als diese. Wenn die Hysterischen bloss an Muskelanästhesie leiden, so sind ihre Bewegungen zögernd und schlecht geleitet, aber sie sind doch immerhin möglich. Unglücklicherweise führt die Anästhesie, wie wir schon im zweiten Capitel dieser Arbeit aus-

---

[1]) Autom. psych. 350.

einandergesetzt haben, oft eine nebenher laufende Amnesie mit sich. Der anästhetische Kranke, der die Augen wegwendet, fühlt dann seinen Arm nicht mehr; ja noch mehr, er vergisst ganz an diesen; er ist nicht mehr im Stande, irgendwie an denselben zu denken. Der Kranke ist weder im Stande, die seinem Arme mitgetheilten Bewegungen ins Bewusstsein aufzunehmen, noch besitzt der Kranke das Bewusstsein der Bewegungsvorstellungen, jener Vorstellungen, die zu den bereits eingelernten Bewegungen des Armes in Beziehung stehen. Er ist unfähig geworden, in sein „Ich"-Bewusstsein die als Verstandesthätigkeit sich kundgebenden Bewegungsvorstellungen, die ihm im gegebenen Augenblicke nothwendig sind, aufzunehmen. Da nun die Bewegung nichts Anderes, als die Kundgebung dieser Vorstellungen nach aussen hin ist, so erklärt sich die Unmöglichkeit ihrer wirklichen Durchführung.

Der Kranke ist demnach in Wirklichkeit durch die Amnesie gelähmt und sollte, der Theorie nach, endgiltig und vollständig bewegungsunfähig sein. Glücklicherweise verfügt aber der Geist über Hilfsquellen und man kann hier eine wirkliche psychologische Stellvertretung vorfinden. Die Wahrnehmungen und Vorstellungen eines anderen Sinnesgebietes, am häufigsten des Gesichtssinnes, dienen ihm dazu, die Erinnerung an seinen linken Arm wieder zu gewinnen, um sich die auszuführende Bewegung versinnlichen und sie dann ins Werk setzen zu können.

Sollte man nun einfach annehmen, dass die Gesichtsvorstellungen als Signal, als Merkzeichen dienen, um die Bewegungsvorstellungen hervorzurufen, die für sich allein nur schwer erweckt werden können, nun aber wieder in der „Ich"-Wahrnehmung erscheinen und ihre Anregungsarbeit in Hinblick auf die motorischen Gesichtsempfindungen wieder aufnehmen? So beiläufig lautet, wie ich glaube, die Ansicht von *Pick*.[1]) So muss es sich wohl bei der Mehrzahl der Kranken verhalten. Margarethe bemerkt es ganz gut, dass die Bewegung wirklich nicht vollzogen wurde, wenn sie nicht hinsehen konnte, sie strengt sich demnach an und seufzt sogar; sie ist also in diesem Augenblick der kinästhetischen Empfindungen nicht völlig beraubt und sucht diese auch möglichst klar ins Leben zu rufen.

Ich bin aber geneigt zu glauben (es ist dies eine Voraussetzung, die ich unter Vorbehalt ausspreche), dass es sich nicht immer so verhält. Marie oder M... haben die Augen abgewendet, ich suggerire ihnen bloss eine Gesichtshallucination, nämlich, dass sie ihren linken Arm sehen, wie er sich erhebt und vor ihre Nase legt; die Halluci-

[1]) *Pick:* Op. cit., 199.

nation tritt thatsächlich ein und sie geben an, den Arm zu sehen; aber in eben derselben Zeit hat sich ihr Arm auch wirklich erhoben, und vor die Nase gelegt.[1]) Sie wissen gar Nichts davon, sie glauben nicht einmal dass sich die Bewegung vollzogen hat und sie kümmern sich auch nicht weiter, ob ich der Bewegung ihres Armes Einhalt thue oder nicht; mit einem Worte, ihr „Ich"-Bewusstsein ist nur von der Gesichtshallucination der Bewegung ihres Armes eingenommen und es reicht auch, wie ich nochmals wiederhole, diese Hallucination aus, um die Bewegung hervorzurufen. Man weiss, dass alle psychologischen Vorstellungen einen motorischen Antheil haben und es ist auch bekannt, dass jeder Mensch sich für den Bedarf des Alltagslebens dieser oder jener Vorstellungen mit Vorliebe bedient; man scheut es auch nicht auszusprechen, dass es vom Gesichtspunkte des Sprachgebrauches aus Sehmenschen, Hörmenschen, Bewegungsmenschen gibt. *Charcot* hat auch, nachdem er die Unterscheidung der einzelnen Sprachtypen aufgestellt hat, auf die „individuellen Verschiedenheiten in der Ausführung der Bewegung"[2]) hingewiesen. Warum sollte man nicht annehmen können, dass es für die Bewegungen der Arme und Beine, oder für irgend welche von den andern gesonderte Bewegungen „Sehmenschen" gibt. Der vorerwähnte Versuch gelingt bei Leonie nur dann, wenn man jene besondere Bildhallucination hervorruft, die in diesem Augenblicke bei ihr für die Bewegung fördernd einwirkt. Bei ihr ruft die Gesichtshallucination des bewegten Armes, wenn die Augen geschlossen sind, nur eine Bewegung links an der unempfindlichen Körperhälfte hervor, nicht aber rechts an der empfindenden. Um eine Bewegung des rechten Armes hervorzurufen, bedarf es einer auf die Lageveränderung des Armes abzielenden Tast- und Muskelsinns-Hallucination, die übrigens in Bezug auf den linken Arm wirkungslos oder überhaupt unausführbar sein würde.[3]) Ich habe nun wohl das Recht, anzunehmen, dass die Kranke für die linksseitige Bewegung Gesichtsvorstellungen, für die rechtsseitige hingegen kinästhetische Vorstellungen heranzieht. Wie auch immer diese Streitfragen, die ich hier nicht entscheiden, sondern nur zur Lösung vorlegen will, sich verhalten mögen, eine Erkenntnis ist zweifellos sichergestellt, dass nämlich die Versinnlichung der Bewegung durch den Gesichtssinn im Stande ist, die geschwächte oder gänzlich geschwundene kinästhetische Vorstellung wieder zu erwecken oder wenigstens sie zu ersetzen.

---

[1]) Autom. psych. 148.

[2]) *Charcot:* „Krankheiten des Nervensystems". III. 468.

[3]) Autom. psych. 149.

Diese allgemeine Auffassung muss nun durch die Untersuchung der beiden nächst angeführten Kennzeichen des Symptomencomplexes näher gestützt werden. *Lasègue* hatte bereits hervorgehoben, dass derartige Kranke nicht das Bedürfnis haben ihren anästhetischen Körpertheil vollständig und ungehindert zu sehen; es genügt für dessen Bewegung, dass sie ihn überhaupt ein Wenig ausnehmen können. „Eine von diesen Kranken hat beide Arme unter der Decke liegen, die man ihr absichtlich bis an den Hals hinaufgeschoben hat: sie kann indessen, durch die Bewegungen der Decke, auf welche sie schaut, geleitet, die Arme aus dem Bette hervorstrecken. Dasselbe gilt für die Beine, welche sie unter der Decke bemerkt, vorausgesetzt, dass sie die darübergebreitete Flaumendecke in Bewegung sieht".[1]) Marie, die es für gewöhnlich nicht im Stande ist, bewegte eines Abends den linken Arm ganz bedeutend, ohne auf denselben zu schauen, worüber ich sehr erstaunt war. Es zeigte sich, dass sie mit den Augen den Schatten verfolgte, den die Lampe auf der Wand entwarf. Es reicht daher ein klein Wenig von der Gesichtswahrnehmung hin, um den Ausgangspunkt der Versinnlichung des gesammten Gesichtsbildes abzugeben.

Wir wollen aber noch weiter gehen: *Pitres* hat nämlich eine ganz merkwürdige Beobachtung gemacht.[2]) Der Kranke ist im Stande bei geschlossenen Augen die Bewegung fortzusetzen, die er bei offenen Augen begonnen hat, ebenso kann er ihr auch Einhalt thun. Hat er aber einmal die Arme zurückfallen lassen, so kann er nicht irgend eine andere Bewegung beginnen, wenn man ihn nicht die Augen öffnen und auf seine Gliedmassen sehen lässt. Dieses Verhalten ist zweifellos nicht allgemein vorhanden. Es gibt Individuen, die ein so geringes Gedächtnis für Gesichtseindrücke besitzen, dass sie ihren Arm sogleich vergessen, wenn sie ihn nicht mehr sehen; doch ist es indessen oft der Fall, dass sich diese Beobachtung bewahrheitet; es ergibt sich daraus, dass allem Anscheine nach die Gesichtsvorstellung der beginnenden Bewegung hier von grösster Bedeutung ist. Ich habe all diese Versuche mit verschiedenen Abänderungen wiederholt. Es genügt, dass Marie, bevor sie die Augen schliesst, ihre auf den Knien unbeweglich liegende Hand genau ansieht, damit sie, wenigstens für einige Zeit, die Fähigkeit bewahre, diese zu bewegen. Nun aber hemme ich die Bewegung, ohne die Kranke sehen zu lassen, wohin die Hand fällt oder ich verstelle, ohne sie davon zu verständigen, ihren Arm und lege ihr ihn auf den Kopf; dann hat sie Nichts davon gefühlt

[1]) *Lasègue:* Op. cit., II., 39.
[2]) *Pitres:* Op. cit., I., 117.

oder weiss, besser gesagt, nicht, wo derselbe liegt und sagt, dass sie ihn verloren hätte. Ich fordere sie dann auf, mir die Hand zu reichen, aber ihr Arm rührt sich nicht mehr, oder zeigt höchstens unzusammenhängende Zitterbewegungen. Oder noch besser, ich mache sie — ohne ihren Arm zu berühren — glauben, dass ich dessen Lage verändert habe, das reicht aus, damit sie nicht mehr wisse, wo er ist und sie sagt dann ganz betrübt zu mir: Aber lassen Sie mich doch zuerst schauen, dann werde ich Ihnen schon die Hand reichen.[1]) Mit einem Worte, *die wichtigste durch den Gesichtssinn ermittelte Erkenntnis ist die Erkenntnis der Lage ihres Armes im Augenblicke des Bewegungsbeginnes.*

Man ist nun auch in der Lage, einen hübschen Versuch von *Lasègue*, der auch von *Pitres* wiederholt wurde, zu verstehen. Es genügt, die linke Hand auf irgend eine unempfindliche Körperstelle zu legen, um deren Bewegung für das Individuum zu ermöglichen. Die Anfangsempfindung, die es ihm ermöglicht, sich die Bewegung vorzustellen und sie auch auszuführen, ist hier vom Tastsinne entlehnt. *Raymond*[2]) führt in Hinweis auf *Strümpell* und *Heyne* einen noch seltenern Fall an: Der Kranke klopfte nämlich, wenn er seine unempfindliche Hand lenken wollte, mit kleinen Schlägen auf den Tisch oder auf seinen Kopf. In diesem Falle, war es ungewöhnlicherweise der Gehörsinn, der zur Erzeugung der Bewegungsvorstellung diente. Alle Thatsachen stimmen darin überein, die Wichtigkeit dieser stellvertretenden Versinnlichung zu zeigen, welch letztere die bewusste Durchführung der Bewegung möglich macht, wenn auch die eigentlichen kinästhetischen Vorstellungen, die nicht mehr einen Bestandtheil des Bewusstseinsfeldes bilden, ausgefallen sind.

Diese Verknüpfungen und Stellvertretungen der Bilder, welche von der Anästhesie abhängig sind, geben oft zu wunderlichen Erscheinungen Anlass, die man als ungewöhnliche Abarten des Symptomencomplexes von *Lasègue* betrachten kann.

1. *Die Synkinesie:* Leonie, welche linksseitig anästhetisch ist, hält die Augen geschlossen; ich fordere sie auf den rechten Arm zu heben, sie erhebt ihn in tadelloser Weise; ich fordere sie dann auf den linken Arm zu heben und nun hebt sie b e i d e A r m e z u g l e i c h. Sie lässt nicht — wie es die vorerwähnten Kranken machen — den linken Arm unbeweglich, sie bewegt ihn ganz gut und führt auch, ohne hinzusehen, die feinsten Fingerbewegungen aus, aber nur unter der Voraussetzung, dass sie gleichzeitig und symmetrisch all diese Be-

[1]) Autom. psych., 352.

[2]) *Raymond:* Op. cit., 585.

wegungen mit dem rechten Arm ausführt. Ich habe mich früher um dieses Verhalten nicht gekümmert, weil ich es nicht verstanden habe; ich habe aber seitdem die Erscheinungen der Mitempfindung gesehen, die ich im ersten Abschnitte auch beschrieben habe und ich glaube, dass die Mitbewegung eine gleichartige und auf gleichem Wege zu erklärende Thatsache ist. Ich komme auf diesen Grundsatz nicht weiter zurück: Die Empfindungen und Sinneseindrücke der symmetrischen Körperhälften sind nahezu gleichartig und es gilt wohl dasselbe für die Bewegungen. Die motorischen Vorstellungen der symmetrischen Bewegungen sind wohl nahezu gleichartig und auch leicht mit einander zu verwechseln. Bei Leonie sind die Bewegungsvorstellungen für den rechten Arm klar und von einander gesondert; die gleichen Bewegungsvorstellungen für den linken Arm sind hingegen verworren und verschmelzen in unauflöslicher Weise mit den symmetrischen Vorstellungen des rechten Armes.

Aus diesem Grunde geschah es wahrscheinlich, dass der von *Pitres* beschriebene Kranke bei geschlossenen Augen seine beiden Arme in Boxerstellung bringen konnte, dagegen nicht im Stande war, den linken Arm allein zu erheben.[1]) Aus diesem Grunde hat auch *Féré* bei seinen Kranken ein ausgesprochenes Bestreben zu associirten Bewegungen hervorgehoben, die sowohl rascher, als auch stärker waren, als die einseitigen Bewegungen.[2])

Diese Verschmelzung kann sich auch in anderer Weise zeigen, ohne dass wir aber den Grund dieser Veränderung angeben können. M... verwechselt, in den Zeiträumen, wo bei ihr die sogenannte einfache Allochirie besteht, die Bewegungen und Empfindungen der symmetrischen Körpertheile. Fordere ich sie auf, die rechte oder die linke Hand zu erheben, so zögert sie und sucht ein Kennzeichen, indem sie auf ihre beringte Hand hinsieht. Ohne dieses Erkennungszeichen hebt sie die Hände ganz planlos in die Höhe, am häufigsten aber eine Hand, ohne dass ein Unterschied zwischen rechts oder links dabei zu bemerken wäre.[3]) Es sind nun mehrere Jahre, seitdem sie nicht die Bewegungen der rechten und linken Hand von einander unterscheidet und dass sie in Folge davon merkwürdige Missgriffe begeht, die ihrer Umgebung wiederholt aufgefallen sind. Es scheint, dass sie früher darüber untröstlich war und zu weinen anfieng, wenn

---

[1]) *Pitres:* Op. cit., I., 118.

[2]) *Féré:* „Die Willkürbewegungen". Révue philos. 1889. I., 64, und „Die erworbene Linkshändigkeit". Rev. scientifique. 1889, II., 606.

[3]) „Eine Störung der Fähigkeit der Empfindungslocalisation." Rev. philos. 1890, I., 659.

man ihr mit den Worten: „Wenden Sie sich nach rechts, öffnen Sie die Thüre links“ den Weg zeigte. — Denn sie verstand diese Worte nicht und wurde dadurch in grosse Verwirrung gesetzt. Heute zeigt sie schon grössere Geschicklichkeit und hilft sich vermittelst einiger Kunstgriffe, von denen wir bereits Beispiele kennen gelernt haben. Es handelt sich hier immer um eine vollständige Amnesie, durch welche die überaus feinen Unterscheidungszeichen der symmetrischen Eindrücke verloren gehen.

2. *Allokinesie.* Dieselbe Kranke hat, wie wir gesehen haben, Zeiten vollständiger Allochirie und zeigt auch gleichzeitig ausgebildete Allokinesie. Wenn man sie gegenwärtig auffordert, den rechten Arm zu heben, so zögert sie nicht und führt rasch die geforderte Bewegung aus, — aber sie hebt immer die linke Hand und umgekehrt. Ich will auf die Erklärung dieses Verhaltens nicht weiter eingehen, da ich sie schon, so weit es mir möglich war, gegeben habe.

Ich lege nur auf einen Umstand Gewicht, dass nämlich der Uebergang der Bewegungsvorgänge von der einen Körperseite auf die andere bei den Hysterischen sehr häufig vorkommt. Zittern, Lähmung, Contractur sowie Anästhesie tauchen auf der linken Seite auf, wenn man sich die Mühe gegeben hat, sie auf der rechten Seite zum Verschwinden zu bringen.[1]) Ich konnte dies sehr häufig feststellen, ohne Anwendung des Magneten, ohne Metallplättchen, ohne dass auch der Arzt oder der Kranke überhaupt an diesen unangenehmen Zufall gedacht hätten. Es gibt psychologische Gesetze, welche die symmetrischen Vorgänge vereinigen oder die einen durch die anderen ersetzen. Der Wechsel in der Seite des Körpers ist für die Hysterischen die am leichtesten durchführbare Aenderung, die sich von dem Augenblicke an, wo man das Gleichgewicht ihres Bewusstseins ändert, auf automatischem Wege einstellt. Es gibt zweifellos Transferts,[2]) die durch reine und einfache Suggestion bewerkstelligt werden, es gibt aber wieder andere, welche der Anwendung der vorhin angeführten Gesetze entsprechen und sich mittelbar an den Symptomencomplex von *Lasègue* anschliessen.

3. *Heterokinesie.* Ich glaube, dass man diese Bezeichnung für einen sehr merkwürdigen Vorgang, den *Briquet* beschrieben hat, anwenden kann:[3]) „Die Muskeln (des anästhetischen Körpertheiles einer Hysterischen, welche die Augen geschlossen hat) führen Bewegungen aus, die denjenigen, welche sie beabsichtigte, gerade entgegengesetzt

[1]) *Gilles de la Tourette:* Op. cit., 216.

[2]) „Ueber einige Erscheinungen der Transfert.“ Autom. psych. 156.

[3]) *Briquet:* Op. cit., 301 und 478.

sind. So öffnet sich die Hand, wenn die Kranke beabsichtigt, sie zu schliessen. Will sie eine Streckbewegung ausführen, so vollzieht sich eine Beugebewegung.“ Ich bedauere es sehr, dass ich niemals Gelegenheit hatte, ein derartiges Verhalten zu sehen. Ich habe eine grosse Anzahl derartiger Thatsachen auf dem Gebiete des Denkens und Fühlens gesehen, ich konnte aber diese Erscheinung nie in der einfachen Form der Bewegung untersuchen. Es muss sich auch hier, wie in den vorhergehenden Fällen um eine Verwirrung der Vorstellungen handeln, die, soweit sie sich auf eine Seite beziehen, untereinander ähnlich sind; nun setzt, wie bekannt, der Gegensatz eine grosse Aehnlichkeit voraus. Hier liegen immer jene ungenauen Unterscheidungen und aussergewöhnlichen Verbindungen unrichtig erfasster Vorgänge zu Grunde.

Mit einem Worte, der Symptomencomplex von *Lasègue* mit seinen verschiedenen Abarten hat uns einige Folgezustände der Anästhesie und Amnesie, sowie auch die von ihnen herbeigeführten Bewegungsstörungen und das Auftreten von stellvertretenden Vorgängen klar gelegt, die zur Wiederherstellung der Bewegungen erfolgreich beitragen, indem sie denselben gleichzeitig ein eigenartiges Gepräge verleihen.

§ 3. Die partiellen Katalepsien.

Der Lasègue'sche Symptomencomplex, den wir jetzt als eine Gruppe von Bewegungsstörungen erklären können, die in einem anästhetischen Körpertheile auftreten, wenn derselbe dem Blicke des Kranken entzogen ist, ist in Wirklichkeit aus negativen und positiven Factoren zusammengesetzt. Erstere zeigen uns nun, dass unter diesen Bedingungen die Bewegung unterdrückt wird oder sich nur in ganz besonderer Art vollziehen kann; die zweite Gruppe aber zeigt uns, im Gegentheil, dass unter genau denselben Bedingungen gewisse Bewegungen erhalten bleiben können. Die ersteren wurden nun im vorhergehenden Abschnitte besprochen, jetzt ist es am Platze, die letzteren Kennzeichen dieses Symptomencomplexes zu untersuchen.

Man könnte auf den ersten Blick verleitet werden, zu glauben, dass dieses eigenartige Bedürfnis, die Gliedmassen, die sie bewegen wollen, unaufhörlich zu betrachten, den Kranken grosse Unannehmlichkeiten bereite, da sie doch ihre Blicke auf ihre Füsse und Hände richten müssen, wenn sie einen Schritt oder eine Geberde machen wollen; es ist dies aber keineswegs der Fall. *Lasègue*[1]) wunderte sich

---

[1]) *Lasègue:* Études méd., I., 904.

darüber, eine Kranke dieser Art in einer Nähstube arbeiten zu sehen, wo sie das Vorbild sämmtlicher Arbeiterinnen war. Margarethe zeigt dieses Symptom an der rechten Körperhälfte hochgradig entwickelt. Im Laboratorium ist sie nicht im Stande, den Fuss oder auch nur einen Finger der Hand zu bewegen, ohne auf denselben zu schauen. Im Hofe hingegen geht sie sehr rasch, den Blick ins Freie gerichtet, sie erhascht einen Gegenstand, den man ihr zuwirft, sie verfolgt mit dem Blicke den Flug eines Vogels und trotz alledem schwankt und fällt sie nicht. Camilla kann — während der Untersuchung — ganz und gar nicht den linken Arm bewegen, ohne hinzusehen. Ist der Versuch beendigt, so plaudert sie mit mir und bemerkt es gar nicht, dass ich ihren linken Arm beobachtete, welcher, obwohl ausserhalb des Gesichtsfeldes liegend, sich vollkommen gut bewegt. Leonie kann ihren linken Arm nicht zurückziehen, wenn ich ihr denselben hinter den Rücken gelegt habe, indessen schnürt sie selbst jeden Morgen ihr Mieder zu, bringt ihre Hände gleichzeitig oder gesondert hinter den Rücken und zieht, sowohl die eine, als auch die andere Hand ganz gut wieder zurück. Schliesslich sind auch nicht Alle während der Nacht so unbeweglich, wie etwa Lucie; viele sind unruhig, bringen ihr Bett in Unordnung oder stehen trotz völliger Dunkelheit von ihrem Lager auf.

Diese besondere Lähmungsform der ausserhalb des Gesichtsbereiches befindlichen anästhetischen Gliedermassen ist weder absolut anhaltend, noch betrifft sie alle Bewegungen; sie verhält sich genau so wie alle anderen Stigmata (Degenerationszeichen) und es müssen auch hier die Bedingungen erforscht werden, unter denen der normale Zustand erhalten bleibt.

Man kann auch durch den Versuch dieses Erhaltenbleiben der Bewegungen nachweisen und dies tritt auch in einfachster und entschiedenster Weise bei den von *Lasègue* unter dem Namen der „partiellen Katalepsie" beschriebenen merkwürdigen Erscheinungen zu Tage. Die eigenthümliche Lagerung, welche die Gliedmassen der Kranken bei den natürlichen oder künstlich erzeugten Katalepsieanfällen annehmen, ist wohl bekannt. [1]) Wenn man die Gliedmassen anrührt, so bemerkt man, dass diese äusserst beweglich und sozusagen leicht sind, ferner, dass sie gar keinen Widerstand zeigen und dass man ihre Lage sehr leicht verändern kann. Lässt man sie nun in einer neuen Stellung frei, so fallen sie nicht nach dem Gesetze der Schwere nach abwärts, sondern bleiben völlig unbeweglich an der Stelle, wo man sie einmal

[1]) *Paul Richer:* „La grande hysterie". 1885, 283 und 610.

belassen hat. Die Arme und Beine können in alle möglichen, selbst ganz ungewöhnlichen Stellungen gebracht werden, und verharren dann unbeweglich darin. Es ist begreiflich, dass man diese Kranken mit den Gliederpuppen der Maler verglichen hat, die sich auch nach allen Seiten biegen lassen.

Schon die frühesten Beobachter, die sich mit der Katalepsie beschäftigten, hatten wahrgenommen, dass dieser Zustand nur ein theilweiser sein kann, d. h. in einem bestimmten Körpertheile des Kranken bestehen kann, während der übrige Körper für jedwede Thätigkeit verfügbar ist und ein ganz anderes Verhalten zeigt. Es verhält sich z. B. der eine Arm so, als ob er einer kataleptischen Person angehören würde, während das Individuum selbst, von diesem Zustande nicht im Geringsten betroffen, lacht und plaudert, ohne sich um den Arm überhaupt zu kümmern.[1]) *Lasègue* ist noch weiter gegangen, er hat nämlich gezeigt, dass dieses Verhalten keine Seltenheit ist, dass es sich auch nicht um einen partiellen Anfall, sondern um ein gewöhnliches Vorkommen an den anästhetischen Gliedmassen, auf welche der Kranke nicht hinblickt, handelt. Wir haben gesehen, dass der rechte Arm Margarethes unfähig erschien, ohne Beihilfe des Gesichtssinnes, irgend eine Bewegung auszuführen und dass seine Muskulatur ausserordentlich erschlafft war, indessen genügt es, dass ich den Arm ohne ihr Wissen ergreife und ihn in irgend einer Lage frei schweben lasse, damit dann derselbe in der ihm ertheilten Stellung unbeweglich verharre, wobei sich auch die Muskeln contrahiren, um den Arm in seiner Stellung zu erhalten. Berühre ich den Arm neuerdings, so kann ich ihn ganz leicht in eine neue Lage bringen, in der er in gleicher Weise verharren wird.[2])

Das wichtigste Kennzeichen dieser kataleptischen Stellungen ist ihre Beständigkeit und Dauer. Der Arm wechselt die Stellung, in die er gebracht wurde, nicht freiwillig und er bewahrt dieselbe auch, wenn man sie nicht wieder absichtlich verändert, ins Ungemessene. Ich habe oft solche Stellungen ohne wahrnehmbare Aenderung zwanzig Minuten, selbst eine halbe Stunde hindurch fortbestehen gesehen. *Binet* und *Féré*[3]) haben sogar einen Fall von einstündiger Dauer beobachtet. Während der ganzen Zeit, zeigt der Arm kein Schwanken und Zittern, es scheint auch die Ermüdung keinen Einfluss auf ihn auszuüben. Nach einer bestimmten Zeit, am häufigsten — wie unsere Erfahrungen lehren — nach einer Viertelstunde, sieht man die Muskeln

[1]) *Saint-Bourdin:* „Abhandlung über Katalepsie". 1841, 29 und 59.

[2]) Autom. psych., 228.

[3]) *Binet* und *Féré:* „Archives de physiologie", 1. October 1887.

nach und nach schlaff werden, wobei der Arm allmählig, ohne Erschütterung, herabsinkt und bis zu seinem völligen Herabsinken, welches noch lange Zeit in Anspruch nimmt, die ihm zuerst ertheilte Stellung bewahrt.

Während dieser ganzen Zeit spricht der Kranke von anderen Dingen, bewegt nach Belieben die anderen Körpertheile und kümmert sich ganz und gar nicht um das, was mit seinem freischwebenden Arm vorgeht. Sehr häufig kommt es vor, dass er keine Ermüdung, keinerlei unangenehme Empfindung verspürt; manchmal aber klagt der Kranke über ein peinliches Spannungsgefühl in den Muskeln der empfindenden Körperseite. Wenn man mit ihm von seinem kataleptischen Gliede spricht, ohne ihm das Hinblicken zu gestatten, so weiss er ganz und gar Nichts von der Lage und Thätigkeit seines Armes, er sagt, dass er an ihn vergessen habe oder begnügt sich gar mit einer nichtssagenden Antwort: „Mein Arm dürfte wohl ganz ruhig auf meinen Knien liegen.“ Wenn man den Kranken davon verständigt, dass sein Arm nicht auf seinen Knien liegt und ihn auffordert, denselben erst dorthin zu legen, so ist er nicht im Stande, dies bewusst und willkürlich auszuführen und kann auch die kataleptischen Stellungen, ohne Beihilfe des Gesichtssinnes nicht verändern, ebenso wie er früher den unbeweglich herabhängenden Arm nicht rühren konnte. Wenn man ihm schliesslich gestattet, den Kopf zu wenden und den freischwebenden Arm zu betrachten, so ist er über den Anblick erstaunt und senkt unverzüglich den Arm. Er kann nun den Arm nach Belieben bewegen, auch denselben in die vorhin eingenommene Lage zurückbringen, doch ist es ihm unmöglich, ihn in gleicher Weise in derselben verharren zu lassen.“ Das Ermüdungsgefühl erscheint sogleich, wenn der Gesichtssinn freien Spielraum bekommen hat und die Kranke ermüdet nun so rasch, wie jede Andere von den Stellungen, die man den ihrem Blicke nicht zugänglichen Gliedmassen ertheilt hatte.[1])

Derart ist nun die typische Form, in der diese Erscheinung auftritt. Doch kann sie auch mannigfache Abarten und Begleitzustände darbieten.

Diese partielle Katalepsie kann auch bei anderen Zuständen — als es der Wachzustand ist — angetroffen werden. Wenn sich eine Hysterische in einem somnambulen Zustande befindet, so bleiben manchmal auch ihre verschiedenen Anästhesien bestehen und ihre Gliedmassen zeigen denselben Gehorsam, wie im Wachzustande, ohne

[1]) *Lasègue:* Op. cit., II., 40.

dass sie Etwas davon weiss. Man darf diese auf Anästhesie beruhende theilweise Katalepsie während des Somnambulismus, weder mit den Stellungen, die man den Somnambulen suggerirt, und die sie auch im Bewusstseinszustande bewahren, noch auch mit dem Zustande der allgemeinen Katalepsie verwechseln. Der gleiche Vorgang kann, wie ich bereits nachdrücklich hervorgehoben habe,[1]) sich in drei verschiedenen Formen darbieten. Dieser Zustand der partiellen Katalepsie kann auch unter andern, ungewöhnlicheren Bedingungen, z. B. während des hysterischen Anfalls, zur Beobachtung gelangen. Wenn sich Rosa in einer schweren hysterischen Krise befindet — auf den Zeitpunkt kommt es dabei weiter nicht an — so kann ich mich sozusagen durch eine leichte Berührung eines Armes oder Beines bemächtigen. Der von mir einige Augenblicke hindurch berührte Körpertheil bleibt dann ganz unthätig und nimmt an den Zuckungen und Krämpfen des übrigen Körpers keinen Antheil. Wenn ich ihn erhebe, so verharrt er in der Stellung, die ich ihm ertheilt habe — oder wiederholt sogar, wie wir alsbald sehen werden, regelmässig die ihm mitgetheilten Bewegungen. Der Anfall hat also augenscheinlich die allgemeine Lage der Kranken verändert, da die anderen Theile des Körpers ihre Krampfbewegungen fortsetzen, — auf die partielle Katalepsie hingegen ist er ohne jeden Einfluss geblieben.

2. Dieser Vorgang kann auch in gesteigerter Intensität vorkommen. Bei einzelnen Individuen, besonders solchen, die oft hypnotisirt wurden, genügt es einen sonst sensiblen Körpertheil einige Zeit hindurch frei schwebend zu erhalten, um denselben unempfindlich und kataleptisch zu machen. Manchmal vollzieht sich diese Veränderung, wenn der Kranke seinen Arm betrachtet. Es kann dagegen auch vorkommen, dass die Intensität herabgesetzt ist. Damit dies der Fall sei, ist es nothwendig, dass der Kranke in seinem Bewusstsein keinerlei Kenntnis von der seinem Arme ertheilten Lage besitzt. Wenn die Tast- und Muskelsinnsanästhesie nicht vollkommen ist, so wird dann der Kranke seinen Arm mehr oder weniger leicht sinken lassen. Wir bekommen dadurch ein Mittel in die Hand, bei gewissen Kranken den Grad der Anästhesie zu bestimmen. M. . . zeigt für gewöhnlich die Erscheinung der partiellen Katalepsie, es gibt aber Zeiten, wo die Arme mehr oder weniger rasch zurücksinken, wenn nämlich in nachweisbarem Grade die Anästhesie abgenommen hat. Wenn es im Laufe des Versuches durch irgend ein Verfahren gelingt, dem Kranken augenblicklich die Muskelempfindung des betreffenden Gliedes wiederzugeben, so verschwindet allsogleich der kataleptische Zustand. Es ist auch uner-

[1]) Autom. psych. 234.

lässlich, dass der Kranke keinerlei Nachricht von Seite des Gesichtssinnes erhalte; der Reflex eines Spiegels, selbst ein Schatten reicht hin, um das Herabfallen des Armes bei Maria herbeizuführen. Die Gesichtsvorstellung der Lage ihres Armes reicht bei Justine hin, um ihr nach und nach die Herrschaft über ihre Gliedmassen wiederzugeben.

Es gibt schliesslich noch eine andere sehr wichtige Bedingung, deren Fehlen das Phänomen zu verringern oder ganz zu unterdrücken vermag. Bei manchen Kranken tritt die partielle Katalepsie unverzüglich ein, wer immer auch den Versuch anstellen möge, vorausgesetzt dass die entsprechenden Bedingungen eingehalten werden; der anästhetische Arm zeigt förmlich blinden Gehorsam. Doch verhalten sich in der Mehrzahl der Fälle die Dinge nicht so. Wenn irgend jemand Anderer den Versuch macht bei Leonie, Lucie oder Marie — auch ohne dass sie es sehen können — deren linken Arm zu erheben, so bleibt doch der Arm nicht frei in der Luft und es stellt sich auch nicht die Erscheinung der Katalepsie ein. Noch mehr! wenn ich selbst deren Arm in eine kataleptische Stellung gebracht habe, so ist niemand Anderer im Stande, diese Stellung zu verändern; der bis dahin so nachgiebige Arm leistet dann mit allen Kräften Widerstand. Drückt man stark, so beugt er sich ein Wenig. Freigegeben, schnellt er wie durch Elasticität in seine frühere Lage zurück; wenn ich dann von Neuem den Arm berühre, so wird er plötzlich wieder nachgiebig und gehorcht allen Einflüssen.[1]) Es ist dies eine Art jenes Vorganges, den man als „Auswahlbestreben" bezeichnen könnte; es hat den Anschein, als ob der Kranke mehr oder weniger unbewusst einen bestimmten Lenker auserwählt hätte und dass die besondere Herrschaft dieses Lenkers — mit Ausschluss aller andern Personen — sich auf alle seelischen Vorgänge des Kranken erstreckt. Man muss daran denken, dass dieses Auswahlbestreben bei der partiellen Katalepsie eine bedeutende Rolle spielt und dass dieses Kennzeichen auch mit zur Erklärung derselben herangezogen werden kann.

3. Schliesslich kann dieses Phänomen eine grössere oder geringere Anzahl von Begleiterscheinungen zeigen. Wenn man dem Arme eine bestimmte Bewegung ertheilt, statt ihn einfach in der Luft schweben zu lassen, so vollführt dieser unaufhörlich die Bewegungen mit der Regelmässigkeit eines Pendels. Gewisse Kranke wiederholen unbewusst und bloss mit ihren anästhetischen Gliedern die Bewegung, die man ihnen vormacht.[2]) Manchmal tritt diese Nachahmung ganz frei-

[1]) „Unbewusste Handlungen". Revue philos. 1888, I., 248.
[2]) Autom. psych. 230.

willig auf, auch ohne Anstellung eines darauf abzielenden Versuches. Jüngst bemerkte ich, dass Justine, während ich mit ihr sprach, ihren linken Arm unaufhörlich in einer regelmässigen Schaukelbewegung erhielt, gleich als ob ein Tic vorläge. Als ich sie befragte, wass sie denn eigentlich mache, antwortete sie mir, dass sie doch ganz ruhig sei und der Arm verhielt sich auch thatsächlich, von dem Moment des Hinschauens an, ganz ruhig. Kurz darauf, nachdem sie den Kopf wieder weggewendet hatte, begann die Bewegung von Neuem, und ich sah nun, dass ihre Hand der Bewegung des Uhrpendels folgte. Obwohl wir Alle derartige Erscheinungen zeigen, so sind dieselben doch bei den an Anästhesie leidenden Hysterischen durch ihre Häufigkeit und Wichtigkeit bemerkenswert.

Diese Stellungen und Bewegungen können auch in anderer Weise hervorgerufen werden, nämlich durch die Berührung mit einem Gegenstande, den wir in die unempfindliche Hand des Kranken hineinlegen. Ich legte auf Luciens Arm, der im kataleptischen Zustande wagrecht ausgestreckt ist, eine leichte Feder, die von der Hand zurückgehalten wird. Ich ziehe nun die Feder weg und setze an ihre Stelle ein Gewicht von zwei Kilogramm; der Arm beugt sich nicht unter dem neu hinzugekommenen Gewicht, sondern es passt sich, im Gegentheil, die Spannung der Muskeln der zu ertragenden Last an. Gebe ich nun in die unempfindliche Hand eine Scheere, so kann mir die Kranke gar keine Auskunft darüber geben, was sie in der linken Hand hält und doch sind indessen unwillkürlich die Finger in die Ringe der Scheere geschlüpft und öffnen und schliessen dieselbe abwechselnd. Legt man endlich einen Bleistift in die Hand — wie wir es schon oft mitgetheilt haben — so krümmen sich die Finger ganz unbewusst und begeben sich unwillkürlich und ohne Zuthun des Kranken in die zum Schreiben erwünschte Stellung. Manchmal schickt sich die Hand thatsächlich an, zu schreiben und wir stossen dann auf eine Gruppe verwickelter Vorgänge.

Die Erklärung dieser und anderer ähnlicher Beobachtungen würde zu zahlreichen anregenden psychologischen Auseinandersetzungen Anlass bieten. Ich habe diese an einem andern Orte auszuführen versucht und kann sie daher hier nicht wiederholen. Es scheint mir unmöglich, diese Thatsachen durch einen rein körperlichen Mechanismus zu erklären, ohne die Mitwirkung von Denkvorgängen in Betracht zu ziehen. Die Beweisführung von *Despine*,[1]) dem Hauptvertreter dieser Auffassung, scheint mir noch sehr der Begründung

[1]) *Despine:* „Natürliche Psychologie". 1868, I., 490 u. ff. „Wissenschaftliche Abhandlung über den Somnambulismus", 1880.

bedürftig. Die Einheit und Beiordnung dieser Muskelbewegungen, ihr Ineinanderwirken, ihre unzweifelhafte Beziehung zu den Tast-, Gehörs- und Gesichtseindrücken, die Erscheinungen der Auswahl, mit einem Worte die Mitwirkung des Verstandes, die sich hier stets kundgibt, scheinen in erster Linie psychologische Vorgänge zu sein. Wenn es hier keine Empfindung, keinen Denkvorgang geben sollte, so begreife ich nicht, wieso ein Arm die schwierige Stellung, die ich ihm gegeben habe, festhalten kann, wie er die Berührung meiner Hand herausfindet, ihr und keiner andern Folge leistet und von aussen herstammende Bewegungen, die ihm durch Gesicht, Gehör etc. zur Kenntnis gelangen, wiederholt. Alle diesen Handlungen entspringen dem Bewusstsein und sind Folgezustände einer Empfindung, eines Gesichts- oder Gehörseindruckes oder irgend eines andern stärkeren Eindruckes. Hier ist es die physikalische Erklärung, welche geheimnisvoll und dunkel ist, während die psychologische Auffassung eine billigere mehr wissenschaftliche Hypothese bietet.

Wenn nun auch das Vorhandensein dieser Bewusstseinsvorgänge unbestreitbar ist, so ist dagegen ihr Wesen dem Verständnisse nur schwer zugänglich. Man darf nie daran vergessen, dass die Person, an welcher eben all diese Versuche angestellt worden sind, über die Erscheinungen der partiellen Katalepsie zugleich Aufschluss gibt. Diese Person behauptet, nichts gefühlt zu haben, an die Sache nicht gedacht zu haben oder wenn sie es that, so konnte sie diese Gedanken nicht kundgeben, da sie ganz und gar nicht im Stande war, ihren Arm ohne Beihilfe des Gesichtssinnes zu bewegen. Wir können ihre Worte nicht in Zweifel ziehen, denn sie bestätigt uns nur allgemein bekannte und anerkannte Dinge. Sie sagt uns ja nur, dass sie linksseitig anästhetisch ist und den Symptomencomplex von *Lasègue* hat, woran wir ja ganz gut glauben dürfen. Nun, ich behaupte auch nicht, dass sie lügt, ich sage nur, dass sie sich täuscht und auch Nichts weiss; ich gebe damit jene paradoxe Auffassung zu, die sich jetzt in der Psychologie breit zu machen beginnt und die dahin lautet, dass sich im Geiste dieser Person psychologische Vorgänge vollziehen, von denen sie Nichts weiss. Ich will mir erlauben, hier einen Ausspruch des alten Psychologen *M. L. Dumont* anführen, der hier übrigens nur die Anschauungen von *Maine de Biran* wiedergibt: „Die Ausdrücke Bewusstsein und Bewusstseinsmangel werden bald im relativen, bald im absoluten Sinne angewendet. Man wird z. B. sagen, dass irgend ein Vorgang unbewusst (zur Vermeidung von Verwechslungen möchte ich eher „halbbewusst“ sagen), um damit eine Idee zu bezeichnen, die nicht im „Ich“-Bewusstsein liegt, womit aber keineswegs gesagt wird, dass

dieser Vorgang an und für sich unbewusst ist. Die Physiologie strebt den Nachweis an, dass im menschlichen Organismus sich eine ungeheure Menge von Bewusstseinsvorgängen vollzieht, welche sich dem „Ich“ gegenüber so verhalten, als ob sie zu anderen Individuen gehören würden.“[1]) Es sind dies Vorgänge, zu deren Annahme wir gezwungen wurden, um das widerspruchsvolle Wesen der Anästhesie und Amnesie zu erklären: Diese geben sich hier nach Aussen hin durch Bewegungen kund und ihre Bedeutung für die hysterische Eıkrankung tritt dadurch immer mehr zu Tage.

Diese Vorgänge, obwohl psychologischer Natur, haben nichtsdestoweniger — eben wegen ihres gesonderten Auftretens — ganz eigenartige Kennzeichen.[2]) Sie sind von bemerkenswerter Einfachheit, unterliegen nicht fortwährenden Veränderungen und Hemmungen durch anderweitige Vorgänge, die sich mit ihnen etwa vermischen würden; sie gehorchen auch den drei Grundsätzen, welche für einzeln auftretende psychologische Vorgänge gelten: 1. Sie sind immer von äusseren Bewegungen begleitet. 2. Sie dauern und bestehen so lange, bis sie durch einen anderen Vorgang verwischt werden. 3. Sie zeigen ein Streben nach Entwicklung und Vervollständigung. Diese drei Gesetze erklären, wie ich glaube, vollständig die Merkmale der partiellen Katalepsie, nämlich die Stellungen, das Fortsetzen der Bewegung und endlich die Anpassungen an die äusseren Umstände. Nur Eines könnte uns Schwierigkeiten bereiten, es ist dies die ausgedehnte Verlängerung derartiger Vorgänge, sowie das Fehlen des Ermüdungsgefühles. Wenn ich auch diese Einzelnheit nicht ganz erklären kann, so kann ich sie doch auf ein allgemeines Problem — nämlich das Verschwinden des Schmerzes bei den Anästhesien zurückführen. Im Allgemeinen gibt es keinen unterhalb der Bewusstseinsschwelle liegenden Schmerz, weil die Vorgänge dieser Art zu einfach, zu vereinzelt sind, um zur Entstehung dieses complicirten allgemeinen Erregungszustandes, als welchen wir eben Schmerz und Ermüdungsgefühl auffassen müssen, Anlass zu geben.

Diese Bewegungsstörung lässt sich, ebenso wie die vorerwähnten, an die allgemeine Lehre von den Stigmata anschliessen; sie zeigt nicht nur die negative Seite, nämlich den Verlust einer Empfindung für das Bewusstsein, sondern auch ihre positive Seite, nämlich das Verharren sämmtlicher Empfindungen und Vorstellungen im Geiste unter der Gestalt abgesonderter und unterhalb der Bewusstseinsschwelle liegender Vorgänge.

---

[1]) Autom. psych., 66.

[2]) *L. Dumont:* „Wissenschaftliche Theorie der Empfindung“. 1877, 102.

§ 4. Die Contractur-Diathese.

So wie *Lasègue* uns die Kenntnis wichtiger Erscheinungen an den anästhetischen Körpertheilen erschlossen hat, so hat auch *Charcot* seit 1878,[1]) und danach seine Schüler ein neues Degenerationszeichen im Gebiet der Bewegung beschrieben, welches sich unmittelbar an das vorhin näher Erörterte anschliessen lässt. *Brodie*, im Jahre 1837 sowie *Duchenne* wurden schon durch die grosse Häufigkeit der Contracturen bei den Hysterischen stutzig gemacht. *Charcot*, *Brissaud* und *Ch. Richet*, im Jahre 1880, sowie *Paul Richer* (1883) haben nachgewiesen, dass das häufige Vorkommen dieses Zustandes seinen Grund in einer dauernd vorhandenen Veränderung in den Extremitäten hat. Eine Hysterische, die momentan keinerlei Krankheitszeichen darbietet und deren Bewegungsfähigkeit unverändert geblieben ist, befindet sich trotzdem im Zustande der „Anlage zu Contracturen“ oder wie *Brissaud* sich ausdrückt: „Sie hat latente Contracturen.“ Die leichteste Erregung reicht hin um in einer Extremität diesen Zustand „motorischer Schwäche, begleitet von andauernder und unwillkürlicher Muskelstarre, wobei keinerlei Veränderung der elektrischen Erregbarkeit und der histologischen Beschaffenheit der Muskelfaser nachweisbar ist,“ entstehen zu lassen.[2]) Diese dauernd bestehende Veranlagung wurde von *Charcot* als „Contractur-Diathese“ besonders hervorgehoben.

Ich bin, wie ich wiederholt hervorgehoben habe, von der Annahme weit entfernt, dass alle hysterischen Erscheinungen rein psychologischer Natur wären und dass im Besondern, der Zustand der Contractur ohne anatomische Grundlage bestünde. Es ist sehr wohl möglich und ich bestreite es auch nicht im Geringsten, dass bei einzelnen Hysterischen die Contractur-Diathese von Veränderungen der Muskeln oder des Rückenmarkes abhängig ist. Ich bin aber mit *Paul Richer*[3]) der Ansicht, dass es viele Contracturen psychischen Ursprunges gibt und nur diese sind es, die ich in dieser Arbeit näher besprechen will. Für den Augenblick lasse ich die als „Zufälle auftretenden Contracturen“ bei Seite und will nur nachweisen, dass bei der Contractur-Diathese, wie sie eben bei einer grossen Anzahl von Kranken sich zeigt, psychologische Vorgänge eine Rolle spielen und ich denke, dass deren blosse Beschreibung genügt, wobei gleichzeitig darauf hingewiesen wird, wie nahe sie den vorhin beschriebenen Erscheinungen stehen.

---

[1]) *Charcot:* „Nervenkrankheiten“. III., 416.

[2]) *Paul Richer:* „Hysterische Lähmungen und Contracturen“. 1892, 2.

[3]) *Paul Richer:* Op. cit., 101.

Die Thatsache selbst wurde in sehr klarer und treffender Weise mit den bekannten Erscheinungen der Lähmung und Muskelschwäche in Verbindung gebracht. Es gibt Niemanden, der heutzutage in den laienhaften Irrthum verfiele, welcher Lähmung und Contractur als vollkommene Gegensätze auffasst. Man weiss, dass diese beiden Vorgänge mit einander abwechseln, ständig ineinander fliessen, unter den gleichen Bedingungen auftreten und in ihrem Mechanismus einander nahe stehen. In ihrer Mittheilung an die biologische Gesellschaft sprachen *Charcot* und *Paul Richer* den Satz aus: Die Contractur-Diathese hat zur Muskelschwäche die gleichen Beziehungen wie zur Anästhesie; es ist übrigens bekannt, dass die beiden letzterwähnten Vorgänge gewöhnlich gepaart auftreten. Es ist nichts seltenes, die Contractur-Diathese an beträchtlich geschwächten Gliedmassen anzutreffen, deren Schwäche allerdings an Lähmung streift.[1] Ich setze hinzu, dass das Gleiche für die Abulie gilt. Die Zauderzustände *Marcelles* waren oft von einer ganz bedeutenden Hinneigung zu Contracturen begleitet, welche letztere die Arme der Kranken in den wunderlichsten Stellungen festhielt. Das Gleiche gilt auch für alle krankhaften Erscheinungen des Lasègue'schen Symptomencomplexes, der nahezu stets im Gefolge der Contractur-Diathese auftritt. Die Feststellungen sind nicht ohne Interesse, denn die Muskelschwäche und der Lasègue'sche Symptomencomplex sind vom Fehlen der Aufmerksamkeit und des „Ich"-Bewusstseins abhängig. Man begreift es nun, dass der Mangel der Aufmerksamkeit auch den Mangel an Selbstbeobachtung mit sich bringt und das Auftreten von Contracturen begünstigt. Ich glaube, dass es hier am Platze ist, eine bis dahin nicht genügend durchgeführte, dabei sehr lehrreiche Nebeneinanderstellung auszuführen. Es müssen nämlich die Beziehungen untersucht werden, die in unzweifelhafter Weise zwischen der Contractur-Diathese und der Neigung zu partiellen Katalepsien, die den Gegenstand der vorhergehenden Auseinandersetzungen bilden, bestehen.

Die Contractur entwickelt sich unter denselben Bedingungen wie die partielle Katalepsie; sie erscheint im Gefolge einer völlig entwickelten Anästhesie des Tast- und Muskelsinnes. Bei Marie z. B. tritt diese Neigung zu Contracturen ganz deutlich an der linken anästhetischen Körperhälfte, nicht aber an der rechten empfindenden Körperhälfte zu Tage. Witm. . ., die man als Typus dieser krankhaften Anlage bezeichnen kann, ist vollständig anästhetisch. Sie kann, wie ich bereits erwähnte, in einen eigenthümlichen Zustand verfallen, der

[1] Nach *Gilles de la Tourette*: Op. cit., 445.

den Namen des vollständigen Somnambulismus verdient und in welchem sie alle Empfindungsqualitäten wieder erlangt. In diesem Augenblicke verschwinden auch die partiellen Katalepsien, aber gleichzeitig lässt sich auch keine Spur der Contractur-Diathese mehr vorfinden. Man kann ihr während dieses Zustandes einen Arm in die Höhe heben, ohne dass er einen Augenblick in dieser Lage verharrt, man kann ihre Haut sanft oder fest berühren, ihr die Muskeln zusammendrücken, ohne dass dabei irgend welche Contractur auftritt, und dieses Verhalten steht in erstaunlichem Gegensatze zu ihrem anästhetischen Zustande, während welches die kleinste Erregung genügt, um eine Contractur zu erzeugen. Noch mehr — diese Kranke zeigt oft während des Wachens Contracturen, die entweder künstlich hervorgerufen sind, oder auf natürlichem Wege nach einem Anfall oder einer Erschütterung auftreten. Es kostet keine grosse Mühe, diese Contracturen auszugleichen, es reicht hin, die Kranke einzuschläfern und sie in den Zustand der völligen Empfindungsfähigkeit zu versetzen. Sofort bewegt sie von selbst ihre Glieder, gleicht willkürlich die Contracturen aus, ohne dass es eines äusseren Einwirkens dazu bedurfte. Gleiches Verhalten zeigen Maria, Lucie und viele Anderen; die Contractur-Diathese begleitet, gleich der partiellen Katalepsie, die Empfindungslähmung und verschwindet mit dieser.

Ich weiss ganz wohl, dass es auch Ausnahmen gibt und dass Contracturen auch an der empfindenden Körperhälfte hervorgerufen werden können. Dieses Vorkommen ist selten und wird nur bei Kranken angetroffen, welche, sei es durch vorhergegangene Anfälle, sei es in Folge der mit ihnen angestellten Versuche, in die Contracturen eingelebt sind; es nähert sich dann einer anderen Gruppe von Erscheinungen, nämlich den durch Vorstellung, durch Suggestion erzeugten Contracturen. Die Diathese für Suggestionen deckt sich nicht immer mit der Contractur-Diathese.

Die Bedingungen, welche bei bestehender Anästhesie zur Entstehung von Contracturen führen, sind untereinander sehr verschieden. Die tiefgreifende Massage, die Sehnenerschütterung, das Ziehen und gewaltsame Beugen der Gliedmassen, die Quetschung der Nerven, das Aufsetzen einer schwingenden Stimmgabel, die Faradisation, die Anlegung eines Magneten, das Anhauchen der Haut, die Esmarch'sche Binde etc. sind in gleicher Weise fähig, diese Erscheinung hervorzurufen.[1]) Wir sprechen hier nicht von der Suggestion, die uns doch ein Wenig verschieden zu sein scheint. Alle anderen zur Hervorrufung

---

[1]) *Paul Richer:* Op. cit., 55.

von Contracturen geeigneten Vorgänge sind nur scheinbar unter einander verschieden. Es handelt sich durchaus um Erregungen, welche Haut und Muskulatur betreffen, in deren Gefolge dann Empfindungen auftreten. Einzelne Forscher sind durch die Annahme, dass diese Empfindungen vom Kranken nicht wahrgenommen werden, in der Untersuchung des Vorganges gehemmt.[1]) Wir lassen uns aber dadurch nicht mehr in Verlegenheit setzen, da wir wissen, dass derartige Empfindungen thatsächlich vorhanden sind, obwohl der Kranke sich darüber keine Rechenschaft zu geben vermag. Es ist dies genau dasselbe Verhalten, welches man bei den partiellen Katalepsien beobachtet. Die Stellungen des Armes beruhen demnach ganz sicher auf gewissen Tast- und Muskelempfindungen, die der Kranke anscheinend nicht weiter beachtet.

Die Contractur ist nun ausgebildet, und es muss hiebei eine Thatsache im Auge behalten werden, auf die ich bei mehrfachen Gelegenheiten nachdrücklich hingewiesen habe:[2]) es kann nämlich vorkommen, dass die Contracturen „systematischer“ Natur sind und in Folge dessen die Extremität eine Stellung einnimmt, die der Katalepsie entspricht. Im Verlaufe eines Versuches über unbewusste Handlungen, hatte ich Leonie suggerirt beim Erwachen eine Blume aus einem Strauss zu nehmen. Sie führte diesen Auftrag unbewusst aus, als sie aber nach wenigen Augenblicken auf ihre Hände sah, stiess sie einen Schrei aus. Die linke (anästhetische) Hand befand sich in Contracturstellung, in einer zwar eleganten, aber dabei unbequemen Haltung. Daumen und Zeigefinger waren einander genähert, indem sie eine Rose festhielten, die anderen Finger waren leicht gekrümmt, aber in gleicher Weise steif. N. zeigte, nach Versuchen über partielle Katalepsie, eine Contractur der Hände in Gebetsstellung etc. Die Autoren, welche die eigentliche Katalepsie beschreiben, erwähnen Kranke, die unbeweglich in einer ausdrucksvollen Stellung verharren, dabei aber Contracturen haben. Der Körper, welcher in starrer Gebethaltung mit gebeugten Knien und gefalteten Händen sich befand, konnte, ohne dass diese Haltung sich änderte, umgelegt werden.[3]) Justine zeigte auf ganz natürlichem Wege, unter verschiedenen Verhältnissen, die Hände in Contractur, u. zw. derart, wie etwa ein Clavierspieler eine Octave umspannt, oder wie jemand, der in der linken Hand einen Schirm hält etc. Bei Besprechung der accidentellen Vorgänge werden wir in der Lage sein, zahlreiche Beispiele dieser Art anzuführen. Doch kann

[1]) *Pitres:* Op. cit., I., 111. *Paul Richer:* Op. cit., 62.

[2]) Autom. psych., 356 od. 358.

[3]) *Saint-Bourdin:* Op. cit., 1841, 53.

mit vollem Rechte behauptet werden, dass, von einzelnen Ausnahmen abgesehen, diese systematischen Contracturen die angenommene Gestalt nicht durch längere Zeit beibehalten. Die Contracturen haben, wie übrigens alle andern unterhalb der Bewusstseinsschwelle liegenden Vorgänge, ein Streben nach Verallgemeinerung und Uebergreifen auf andere Gebiete. Nach und nach ergreift die Contractur sämmtliche Muskeln des Armes und dieser verändert dann seine Stellung; er nimmt eine eigenthümliche Lage ein, auf die wir später noch genauer eingehen wollen; diese Lage ist immer die gleiche und wird durch die ungleiche Kraft der verschiedenen antagonistischen Muskeln bedingt. [1]) Dies hindert aber keineswegs, dass die Contractur zu Anfang und dann noch durch längere Zeit systematisch, gerade so wie eine kataleptische Stellung, sich verhält.

Es hat aber doch den Anschein, als ob zwischen partieller Katalepsie und Contractur ein bedeutender Unterschied bestünde. Im Allgemeinen reicht es hin — und dies ist eine Regel, die ich bereits anlässlich der Katalepsien aufstellte — dass der Kranke irgend welche Nachricht, sei es auch bloss durch den Gesichtssinn, von der Lage des Armes erhält, damit die ihm von Aussen her ertheilte Stellung verschwinde und er unverzüglich den freien Gebrauch des betreffenden Körpertheiles wiedergewinne. Bei den Contracturen dagegen kann der Kranke seinen Arm anschauen, so lange er will, er kann ihn doch weder bewegen, noch dessen Stellung ändern. Ich glaube aber, dass diese beiden Extreme durch eine Menge von Zwischengliedern mit einander verbunden sind.

Bei Rosa verliert die Haltung des linken Armes, obwohl sie kataleptisch verbleibt und ich letztere, ohne Widerstand nach meinem Belieben verändern kann, eine wichtige Eigenschaft. Die Kranke kann dann nämlich auf ihren Arm schauen, so viel sie will — sie kann ihn doch nicht herabsinken lassen, sie kann eben nicht einmal die Fähigkeit dazu erlangen. Bei den anderen Kranken geht die Sache noch weiter; der, ohne ihr Wissen, in die Höhe gehobene Arm ist zu Beginn kataleptisch, aber nach Verlauf einer bestimmten Zeit — bei Lucie eine Viertelstunde, bei Justine wenige Minuten — wird er zusehends starrer. Es gelingt dem Kranken nicht nur nicht mehr beim Daraufsehen den Arm zu bewegen, sondern auch ich selbst bin nicht mehr im Stande, ihn durch Berührung in Bewegung zu setzen; die partielle Katalepsie hat sich eben nach und nach in Contractur umgewandelt. Bei S. trifft es sich sogar, dass die partielle Katalepsie

[1]) *Paul Richer:* Op. cit., 156.

den Anlass zu einer Contractur gibt, welche zusehends wächst und schliesslich den ganzen Körper erfasst.

Es ist jedoch durchaus nicht immer nothwendig, dass diese Umwandlung sich vollziehe, um die zwischen diesen beiden Erscheinungen vorhandenen Aehnlichkeiten zu erkennen. Man weiss, dass zu den Grundbedingungen der Katalepsie das „Auswahlbestreben“ gehört. Wenn dieses fehlt, so kann die partielle Katalepsie den Anschein einer Contractur gewinnen. Wenn ein Fremder es versucht, Leonie's linken Arm, den ich in die Höhe gehoben habe, aus seiner Stellung herauszubringen, so wird derselbe auf überraschenden Widerstand stossen; er wird auch finden, dass der Arm bis zur Schulter hinauf steif geworden ist und wird mit Berechtigung die Diagnose auf hysterische Contractur stellen. Es ist richtig, dass ich den Arm bloss zu berühren brauche, um ihn in allen Richtungen bewegen zu können; der Arm befindet sich anderen Personen gegenüber in Contractur, mir gegenüber im kataleptischen Zustande.

Wenn nun schliesslich dieses Auswahlbestreben übertrieben hervortritt, wenn eine Kranke von einem Arzte sehr oft hypnotisirt wurde und nun unter dessen Herrschaft steht, so verwandeln sich die auf natürlichem Wege, z. B. nach einem Anfall, aufgetretenen Contracturen, eben diesem Arzte gegenüber in Katalepsien. Leonie, Lucie und gegenwärtig Margarethe suchen mich auf, damit ich ihren in Contractur befindlichen Arm davon losmache. Es genügt, dass ich, während die Kranke den Kopf abwendet, den Arm und die Finger sanft aus ihrer Lage herausbringe, ganz als ob diese kataleptisch wären. Die Massage selbst, die man übrigens bei den anderen Kranken mit gutem Erfolge anwendet, scheint die gleiche Wirkung zu besitzen, indem sie in gewaltsamer Weise neue Muskelvorstellungen hervorruft, welche die allzu lange fortbestehenden Vorstellungen verdrängen.

Diese Beobachtungen, auf deren Einzelheiten ich hier nicht näher eingehen kann, erscheinen mir ausreichend, um die Verbindung zwischen beiden Erscheinungen herzustellen und für beide eine allgemeine Erklärung gleicher Art aufzustellen.

Bereits *Pitres*[1]) bemerkte mit Recht, dass die Contractur kein ausschliesslich muskulärer Vorgang sei, da die Reibung der über dem Schienbein liegenden Haut zu deren Hervorrufung genügt.

Ich werde in ganz demselben Sinne noch ein Wenig weiter gehen. Es handelt sich, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle, nicht um einen elementaren Reflex, da ja die Contractur ausgeprägte

---

[1]) *Pitres:* Op. cit., I., 385.

Stellungen mit entsprechendem Zusammenwirken der verschiedenen Muskelbewegungen hervorruft; dann wechselt sie auch mit Katalepsie ab, welche letztere eine Erscheinung höherer Ordnung ist; schliesslich gehorcht sie den Berührungseinflüssen einer ganz bestimmten Person und zeigt auch „Auswahlsbestreben". Es muss auch hier ein bestimmter seelischer Mechanismus vorliegen. Wenn man jene Contracturen, die auf rein organischer Grundlage beruhen und deren Vorkommen ich weder behauptet noch geleugnet habe, bei Seite lässt, so kann man ganz allgemein sagen, dass die Contracturen psychischen Ursprunges — und nur diese habe ich untersucht — als der partiellen Katalepsie ähnliche Erscheinungen sich zeigen. Sie beruhen nämlich in gleicher Weise auf Vorgängen, die unterhalb der Bewusstseinsschwelle liegen und mit Empfindungen und Bewegungsvorstellungen in Beziehung gebracht werden müssen, die abseits und gesondert, ausserhalb des „Ich"-Bewusstseins des Individuums vorhanden sind. Sowohl von der einen, als auch von der andern Seite aus können äussere Reize derartige Empfindungen erzeugen. [1]) Diese werden nun in Folge der Einengung des Bewusstseinsfeldes, weiters der Zerstreutheit und Empfindungslosigkeit, weder nachgeprüft, noch auch durch andere seelische Vorgänge gehemmt, sondern haben das Bestreben, ins Ungemessene weiter zu bestehen, wobei sie sich, wie immer nach aussen hin, durch Bewegungen kundgeben.

Ein Umstand könnte uns hier Verlegenheiten bereiten, es sind nämlich, wie wir schon oft gesehen haben, die halbbewussten Handlungen schwach, sie werden mit Ausdauer, aber ohne Kraft ausgeführt, denn sie beruhen nicht auf jenen Erregungen und Anspannungen der Aufmerksamkeit, die den Anstoss zu kraftvollen Handlungen geben. Man darf sich aber nicht ohne Weiteres einer Einbildung hingeben: Die Contracturen sind nämlich gleichfalls, trotzdem der Schein dagegen ist, ihrem Wesen nach ohne Kraft. Zahlreiche Beobachter, unter diesen neuerdings Paul Richer, haben diese Thatsache durch eine grosse Beobachtungsreihe ans Licht gebracht. [2]) Ich habe einmal den Versuch gemacht, mir darüber in einfacherer Weise Rechenschaft zu geben. Ich liess nämlich in Rosa's linke Hand, als Letztere anscheinend mit grosser Kraft in Beugecontractur kam, ein Dynamometer gleiten; der Apparat wurde ergriffen und von der in Contractur befindlichen Hand zusammengedrückt, wobei der Zeiger auf 9 wies. Bei einer andern Kranken fand ich 12 als Ergebnis, aber niemals

[1]) *Féré:* „Empfindung und Bewegung". 1887, 23.

[2]) *Briesaud* und *Regnard:* „Soc. de biologie". 1876. *Pitres:* Op. cit., 383. *Paul Richer:* Op. cit., 121.

eine höhere Zahl. Es stimmen nun diese Zahlen genau mit jenen überein, welche man bei den halbbewussten Handlungen wiederholt feststellen kann. Sie scheinen nicht zu ergeben, dass bei den Contracturen eine grössere Kraft im Spiele sei.

Eine andere Schwierigkeit kann bei der Frage nach der Dauer dieser Contracturen sich erheben. Ich werde später über diesen Punkt noch Einiges zu bemerken haben, dass nämlich diese Dauer und Beständigkeit oft nur illusorisch sind, besonders dann, wenn es sich um Contracturen zufälliger Natur, die an empfindenden Körpertheilen auftreten, handelt. Bei allen jenen Krankheitszufällen, die klinisch als Contracturen aufgefasst werden, sind die Muskeln weit davon entfernt, in ganz unveränderlicher Zusammenziehung zu verharren. Indessen muss darauf hingewiesen werden, dass in jenen Fällen, wo der Körpertheil direct unempfindlich ist, die Contractur wenig veränderlich ist und auch in ihrer mittelst Apparaten aufgezeichneten Curve nicht jene plötzlichen Erhebungen und Schwankungen aufweist, die für gewöhnlich von der Ermüdung abhängig sind. Aber auch in diesem Fall ist der Bestand der Contractur nicht endlos;[1]) wenn man auf einen in Contractur befindlichen Körpertheil andauernd einen Zug ausübt, so sieht man, dass Ersterer nach und nach entspannt wird. Dieser Fortbestand einer schwachen Contractur ist nur ein bedingter, er ist in Nichts ungewöhnlicher als etwa die dauernde Katalepsie eines Armes, der eine Stunde lang frei in die Höhe gehalten wird. Auch hier ist es das Fehlen der Erscheinungen des Schmerzes, der Ermüdung und der Erregung, welches ermöglicht, dass die Contractur sich bis zur Erschöpfung der physischen Kraft in den Organen hinzieht. Diese Erschöpfung ist, trotz fehlenden Ermüdungsgefühls, in dem Maasse thatsächlich vorhanden, dass jede Contractur, sowie jede partielle Katalepsie, wenn sie sich länger hinzieht, von einem lähmungsartigen Zustande der Glieder gefolgt wird.

Indessen dürfen, nach Feststellung der Aehnlichkeiten, auch die Unterschiede nicht verkannt werden: Die Katalepsie und die Contractur sind zwei verschiedene Formen der unterhalb der Bewusstseinsschwelle liegenden Handlungen. Es scheint, dass bei der Contractur die Bewegungsvorstellungen noch weniger bewusst, noch mehr von der „Ich"-Wahrnehmung des Kranken, der vollkommen unfähig ist, sie wieder in sich aufzunehmen, losgelöst sind. Diese losgelösten Vorstellungen sind weniger geneigt, ein System zu bilden, oder sich um eine hervortretende Vorstellung anzuordnen, auch zeigen sie ein

---

[1]) *Charcot:* „Erkrankungen des Nevensystems". III., 181.

geringeres Auswahlbestreben und anerkennen weniger genau einen bestimmten Lenker; sie gehorchen nur gewaltsameren Vorgängen, z. B. der Massage, dem andauernden Zug; mit einem Wort, es mangelt ihnen an Verständnis. Wie wir später sehen werden, hängt der kataleptische Gehorsam von einer bestimmten, verständnisvollen Anordnung der halbbewussten Vorstellungen, von einem Bruchstücke eines Doppel-„Ich“ ab. Bei der Contractur ist diese Anordnung weniger ausgeprägt oder fehlt überhaupt gänzlich. Es ist dies eine andere, mehr vorgeschrittene Form eines seelischen Zerfallsprocesses.

Ich zögere nicht, zu gestehen, dass die zuletzt angeführten Betrachtungen hypothetischer Natur sind. Wenn man von den Fällen der Suggestion und augenscheinlicher Abrichtung absieht, so ist es schwer zu erklären, warum die halbbewusste Handlung sich bald in der einen, bald in der anderen Form kundgibt. Nur eine allgemeine Erkenntnis bleibt aufrecht, dass nämlich diese Bewegungsstörungen, ebenso wie die früheren, Folgezustände von Seelenvorgängen sind, die unterhalb der Bewusstseinsschwelle liegen und in Folge davon, gleich allen anderen Bewegungsstörungen, an die geistigen Degenerationszeichen der Hysterie angeknüpft werden können.

Fünftes Capitel.

Die Veränderungen des Charakters.

Die Untersuchung des Charakters der Hysterischen war für eine grosse Zahl von Forschern von hervorragender Wichtigkeit, denn sie fassten unter diesem Namen alle psychologischen Vorgänge, welche die Kranken darboten, zusammen. Diese so zahlreichen Vorgänge waren bereits in diesem Buche der Gegenstand gesonderter Besprechung und sollen noch weiter aus Anlass der accidentellen Symptome und der fixen Ideen besprochen werden. Eben aus diesen Gründen ist hier der Charakter der Hysterischen Gegenstand einer mehr eingeschränkten Besprechung und daher auch von minderer Wichtigkeit. Ich kann unter diesem Namen nur jene allgemeinen Veränderungen besprechen, welche durch die psychischen Degenerationszeichen im Denken und Benehmen der Kranken hervorgerufen werden.

Aber auch bei dieser Besprechung in beschränkterem Umfange sind einzelne Vorsichtsmassregeln nothwendig: der Charakter hängt nämlich in hohem Maasse von der angeborenen Intelligenz der Kranken, von der Umgebung, in der sie gelebt haben und von ihrer Erziehung ab. Die Hysterie kann verschiedene Personen befallen, Reiche und Arme, Kluge und Dumme, Sittliche und Lasterhafte. Man darf nicht auf Rechnung der Krankheit Charakterzüge setzen, die sich auch ohne Hinzutritt derselben gerade so verhalten hätten. Man darf hier nur die Veränderungen des Charakters, jene Umwandlungen des Benehmens, die in ersichtlicher Weise durch die Krankheit herbeigeführt wurden, besprechen. Auch vor einem andern schweren Irrthume muss man sich hüten: Die Hysterie gibt nämlich den Kranken zahlreichen geistigen Krankheitszufällen, z. B. fixen Ideen und Trieben preis. Diese Erscheinungen sind ganz ausserwesentlich, bei den verschiedenen Kranken ausserordentlich schwankend, sie bilden daher keine Grundzüge des Charakters und sind weniger von der Krankheit selbst, als von äusseren Bedingungen abhängig. Ich werde es versuchen, jene Irrthümer zu vermeiden, die sich bei Beschreibung des Verstandes, des Willens und der Empfindungsthätigkeit dieser Kranken aufdrängen. Ich glaube, dass nach den früheren Auseinandersetzungen

dieses Werkes, es hier nicht nothwendig ist, auf die Verstandes- und Willensthätigkeit noch näher einzugehen, sondern will hier die Erregungsvorgänge sowie gewisse Thatsachen, denen die Ueberlieferung eine grosse Wichtigkeit beimisst, näher besprechen.

§ 1. Die Veränderungen der Einsicht und der Thatkraft.

Briquet weist darauf hin, dass nach gehäuften Anfällen die Mehrzahl der Hysterischen Störungen im Gebiete der geistigen Thätigkeit erleidet; das Gedächtnis wird geschwächt, das Auffassungsvermögen nimmt zusehends ab; sie werden unfähig, ihre Aufmerksamkeit in irgend einem hohen Grade anzuspannen. Einzelne werden schwerfällig und zeigen eine auffallende Schwäche des Verstandes.[1] Ich glaube, dass trotz der Trugbilder, welche im Stande sind, eine geistige Lebhaftigkeit und die Bewahrung glänzender Geistesanlagen vorzutäuschen, doch die Ansicht von *Briquet* im Ganzen und Grossen zutreffend ist. Der Verstand ist nicht nur nach gehäuften Anfällen, sondern auch bald nach dem Beginne der Erkrankung, bei den Kranken wesentlich geschwächt. Doch ist diese Verminderung wohlverstanden nur eine relative, und kann nur von jenen Personen richtig beurtheilt werden, die den Kranken bereits vorher genau kannten.

Diese Schwächung bezieht sich vorwiegend auf eine besondere Thätigkeit des Verstandes, nämlich auf die Fähigkeit des Fortschrittes und der Erwerbung neuer Kenntnisse. Der wirkliche Rückgang stellt sich bei den Hysterischen nur nach und nach, dabei auch sehr spät ein; aber gleich zu Beginn der Krankheit ist ein Stillstand der Entwicklung vorhanden. Wie alt auch der Kranke sein mag, so ist doch dadurch jede weitere Ausbildung gehemmt. Lucie, die bisher eine ausgezeichnete Schülerin war, kann seit ihrem eilften Jahre Nichts mehr begreifen und erlernen; sie hat während dreier Jahre verschiedene Stadien der Erkrankung durchschritten, ohne das Auffassungsvermögen wieder erlangen zu können. Wenn keine Heilung eintritt, so bleibt ihre Ausbildung endgiltig mit dem eilften Lebensjahre abgeschlossen. Das Gleiche gilt auch für alle anderen Kranken, je nach dem verschiedenen Alter, und diese Hemmung und Erstarrung des Geistes in einem bestimmten Zeitpunkte trägt nicht wenig dazu bei, den Kranken einen besonderen Stempel aufzuprägen und bei ihnen im Ganzen und Grossen jenes kindische Wesen zu erzeugen, das wir in ihrem gesammten Thun und Treiben bemerken.

Diese Unfähigkeit des Erlernens neuer Gegenstände ist mit Erscheinungen verbunden, die den Gegenstand eingehender Unter-

[2]) *Briquet:* Op. cit., 384.

suchungen bildeten, nämlich der Schwierigkeit oder gänzlichen Unmöglichkeit des Aufmerkens. Es ist überflüssig, hier auf ihr Benehmen beim Lesen oder Zuhören, auf die Schwierigkeit, welche ihnen das Auffassen einer neuen Erkenntnis bereitet, auf ihre andauernden und wahrhaft specifischen Zerstreutheiten, näher einzugehen. Es spielen auch hier die Daueramnesie, die in einem gewissen Grade bei nahezu sämmtlichen Kranken vorkommt, ferner die Langsamkeit, mit der sie neue Ereignisse wahrnehmen und auffassen, der Zweifel, die Verwunderung, mit einem Worte, alle Störungen in der verstandesmässigen Verbindung der Gedanken eine wichtige Rolle. Durch eine Art andauernden Widerspruches sind bei der Hysterie alle Vorgänge des seelischen Automatismus, im Gegensatze zu den vorigen, in übertriebener Weise ausgeprägt. Allemale wenn sie — ausnahmsweise — dazu kommen, eine neue Idee zu erfassen, oder wenn sie sich an eine frühere Idee erinnern, gewinnt dieser Gedanke in ihrem Geiste eine riesige Entwicklung. Ich habe anlässlich der Untersuchung des Charakters der suggestiblen Kranken,[1]) die merkwürdige Art, in der Lucie eine Geschichte erzählte, beschrieben; sie ermangelte nicht, vor sich gleichsam das Bild der Ereignisse, das sich auf der Wand entrollte, zu sehen. Statt zu erzählen, unterbrach sie ihre Beschreibung mit einfältigem Ausrufen, wie es Kinder bei irgend einem Schauspiele zu thun pflegen. Renée bemerkte auf der Haut ihrer Wange kleine schwarze Punkte, Mitesser; man sagt ihr, dass dies kleine Würmer seien. Seither — es ist ungefähr ein Monat vergangen — hat sie einen furchtbaren Anblick vor Augen; sie sieht nämlich vor sich ein blutendes, von Maden zerfressenes Stück ihrer Wange. Bertha kann nicht an eine Person denken, ohne dass sie diese zu sehen und zu hören glaubt. Wenn es ihr zufällig gelingt, das zu verstehen, was man ihr sagt, so entwickelt sie eine ausserordentliche Leichtgläubigkeit, welche selbst eine gewisse Vorsicht nothwendig macht. So sagte ihr Jemand, der zusah, wie sie langsam ihr Frühstück ass, im Scherze: „Deine Suppe ist vergiftet". Sofort wird sie von dieser Vergiftungsvorstellung verfolgt und fragt sich, ob sie selbst vergiftet sei oder andere Leute vergiftet habe. Diese Vorkommnisse sollen anlässlich der Besprechung der Suggestion eingehender erörtert werden; [2]) hier sei auf dieselben nur hingewiesen.

[1]) Autom. psych. 206. In diesem Capitel habe ich all diese Erscheinungen viel eingehender, unter Anführung von Beispielen, beschrieben.

[1]) Cf. „Die Suggestion bei den Hysterischen". Archives de neurologie, Nov. 1892. Die Suggestion wird im zweiten Band dieses Werkes, der die accidentellen psychischen Symptome der Hysterie zum Gegenstande hat, eingehender erörtert werden.

Es besteht aber noch eine praktisch bedeutungsvollere Kundgebung des seelischen Automatismus: es ist dies die Neigung zu unaufhörlicher Träumerei. Die Hysterischen begnügen sich nicht damit, bei Nacht auf das Lebhafteste zu träumen, sondern sie träumen auch den ganzen Tag hindurch. Mögen sie nun gehen, arbeiten oder nähen, so sind sie doch niemals ganz bei der Sache. Sie haben immer irgendwelche unendliche Geschichte im Kopfe, die sich entweder in Gesichtsbildern abwickelt oder durch die innere Sprache vermittelt wird. Man glaubt z. B., dass Justine während eines Gespräches zuhört, da hört man sie plötzlich ganz leise murmeln: „Nein, mein Herr, sie sind ein Barbar . . .“ Wenn man sie aufrüttelt, entschuldigt sie sich und erzählt, dass sie an einen „fürchterlichen“ Stadtpolizisten dachte, der einen kleinen Hund fortschleppen wollte, um ihn vertilgen zu lassen. Bertha lässt mich das, was ich zu ihr sage, unaufhörlich wiederholen und bemerkt dazu, dass sie daran nicht schuld sei. Sie war nämlich gar nicht beim Gespräch, sondern glaubte beim Begräbnis ihrer Mutter zu sein und sah sich mit dieser in den Wolken schweben. Ihre Augen scheinen auf ein Buch gerichtet zu sein, während ihr Geist eine andere Geschichte erzählt, dass nämlich nach ihrem Tode auf ihrem kleinen Grabhügel ein kleiner weisser Blumenstrauss sein werde, „diese Blumen sprechen, denn sie sind sehr sanfte Leute, auch sie wird mit ihnen plaudern, da sie sehr artig sind“. Und nun fliessen ihr Thränen auf ein Buch, dessen Inhalt heiter ist und das gar Nichts dafür kann. Es ist begreiflich, dass man das Gelesene gar nicht verstehen kann, wenn der Kopf von solchen Geschichten erfüllt ist.

Sehr oft führen diese Träumereien keine weitern Folgen mit sich; sie sind wechselnde unzusammenhängende Bilder, die gleich den Farben eines Kaleidoscops vorbeiziehen, aber sie zeigen doch manchmal eine gewisse nebelhafte Einheitlichkeit. Es ist immer dieselbe eintönige Geschichte, welche die Kranke dort wieder aufnimmt, wo sie sie unterbrochen hat oder die sie unaufhörlich wieder anfängt. Ob nun diese Geschichte erfreulich oder traurig ist, darauf kommt es nur wenig an, sie besitzt doch für diese erschöpften Geister eine gewisse Annehmlichkeit, weil sie nur eine flüchtige Träumerei vorstellt. „Wie unglücklich ich doch bin — sagte Bertha — die ganze Vorstellung ist schrecklich, aber sie beruhigt mich und ich bin geneigt mit jenem, der sie mir rauben möchte, darum zu kämpfen; lassen Sie mich doch an meinen kleinen Grabhügel denken, der mir so viel Vergnügen macht“. Wenn sich derartige Träumereien in einer solchen Weise systemisieren, so sind sie viel gefährlicher und es dauert nicht lange, bis sie sich in fixe Ideen verwandeln. Die Empfänglichkeit für fixe

Ideen, deren Keim sich uns hier zeigt, ist ein hervorstechender Zug des hysterischen Geisteszustandes.

Es wäre nun am Platze, die gleichlaufenden Veränderungen der Thatkraft zu beschreiben, wenn wir nicht bereits eingehend die Abulie der Hysterischen erörtert hätten. Der Willensmangel verleiht den Hysterischen ein ganz bestimmtes Wesen, das allein hier erörtert werden soll. Sie werden gegen alles gleichgiltig und lassen sich den Kindern gleich — lenken. Ein Gatte bemerkte, dass seine Frau allzu lenksam werde und das schien ihm nicht normal zu sein. Die Kranken hören auch auf, aus freiem Willen zu arbeiten, aber sie führen noch — einige Zeit hindurch — eine Sache aus, wenn man sie unablässig anleitet. Sie gleichen jenen geistig Zurückgebliebenen, von denen *Bourneville* sagt, dass sie — wenn man ihnen Freiheit gewährt — unfähig werden, irgendwie mit Verstand zu arbeiten, dass sie aber, der Disciplin unterworfen, noch eine gewisse Verwendbarkeit besitzen.[1]) Dieser Gehorsam der Hysterischen hat aber keinen besonderen Wert, denn sie sind zu ernster Arbeit nicht fähig, besitzen gar keine Ausdauer[2]) und lassen ein Unternehmen bei der kleinsten neu auftauchenden Schwierigkeit im Stiche. Sie sind nicht im Stande Gegenwart und Zukunft mit einander zu verknüpfen und beschränken so zusagen in ihrer Kurzsichtigkeit das menschliche Dasein auf den gegebenen Augenblick.

Um nicht auf bekannte Dinge zurückkommen zu müssen, will ich hier nur auf einen wichtigen Folgezustand der Abulie hinweisen, es ist dies die Langweile.[3]) Die Langweile ist eine Pest, die man durch die Geselligkeit zu verscheuchen strebt und die mehr als ein Unglücklicher überall, selbst mitten im Weltgetriebe vorfindet. Sie ist eine Oede des Geistes, ein Erlöschen unserer ganzen Thatkraft und Stärke, eine Schwerfälligkeit, eine Trägheit, eine Erschlaffung, eine Erstarrung, ein Ekel, und was noch viel schlimmer ist, ein tödtlicher Streich, der dem Verstande und allen Lustgefühlen versetzt worden ist.[4]) „Die Langweile kommt deshalb, weil das Individuum weder die Kraft, noch den Willen der Empfindung besitzt.“ „Weil der Kopf leer genug ist, nach Zerstreuungen zu jagen, und der Geist zu stumpf,

---

[1]) *Bourneville:* „Die geistig zurückgebliebenen Kinder“. Arch. de neurol., 1892, II., 199.

[2]) *M. Huchard:* „Das Benehmen der Hysterischen“. Arch. de neurol., 1882. I., 179.

[3]) Der französische Ausdruck „ennui“ deckt sich bekanntlich nicht vollkommen mit dem, was im Deutschen als Langeweile bezeichnet wird, sondern besitzt eine umfassendere Bedeutung, indem er auch für die Bezeichnung intensiverer Unlustgefühle angewendet wird. (Anm. d. Uebers.)

[4]) *Zimmermann:* „Die Einsamkeit“. 1840, 19.

um diese noch irgendwo finden zu können."[1]) Ist dies nicht die treffendste Schilderung der Hysterischen? Wir werden uns nicht wundern, wenn wir bei ihnen die echte Langweile antreffen, die durch keinerlei Zerstreuung verscheucht werden kann und eine Geisteskrankheit vorstellt, die durch Verlangen und Ohnmacht erzeugt worden ist.

Gleichzeitig mit der Abulie wird auch stets die anscheinend entgegengesetzte Erscheinung angetroffen, nämlich die Steigerung der automatischen Leistungsfähigkeit, und die unbegrenzte Fortdauer der einmal in Angriff genommenen Thätigkeit. „Er kam auf den Einfall — erzählt *J. J. Rousseau* in seinen „Confessions"[2]) — mir die Erlernung des Schachspieles, das er ein wenig verstand, vorzuschlagen. Ich machte nahezu widerwillig den Versuch und nachdem ich so gut es eben gieng die Bewegung der Figuren erlernt hatte, machte ich derart rasche Fortschritte, dass ich ihm noch vor Schluss unserer ersten Sitzung den Thurm vorgab, den er mir noch zu Beginn vorgegeben hatte. Es fehlte mir nicht mehr viel und ich wäre in eine „Schachraserei" verfallen. Ich kaufe ein Schachbrett, ich kaufe das calabrische[3]) Werk und schliesse mich in mein Zimmer ein, ich bringe Tage und Nächte damit zu, unaufhörlich und endlos für mich allein zu spielen." Wer hat nicht Kranke gesehen, die sich, wie man sagt, eine Idee in den Kopf setzen, die unendlich lange einen mehrbändigen Roman lesen, ohne eine Zeile auszulassen und ohne ein Wort davon zu verstehen, die Tag und Nacht mit gleicher Verbohrtheit Näharbeiten verrichten, nachdem sie wochenlang[4]) in Unthätigkeit verharrt hatten etc. Auch hier finden wir den Keim dieser fixen Ideen und Triebe, die wir als hysterische Krankheitszufälle von höchster Bedeutung noch zu besprechen haben werden.

§ 2. Die Erregungen.

Die in der normalen Psychologie bestehenden Lücken machen sich bei der pathologischen Psychologie in unangenehmster Weise fühlbar. Die Erregung gehört zu den am wenigsten gekannten seelischen Vorgängen, daher auch ihre krankhaften Veränderungen nur schwer zu umgrenzen sind. In den Arbeiten von *William James*[5]) finden wir die klarste Erkenntnis, die überhaupt in neuerer Zeit über

---

[1]) *Zimmermann:* Op. cit., 23.

[2]) *J. J. Rousseau:* „Bekenntnisse". I., 395.

[3]) Süditalien war bekanntlich eine der ältesten Pflegestätten der Theorie des Schachspiels. (Anm. des Uebers.)

[4]) Beispiele vide: Autom. psych., 209.

[5]) *William James:* „What is an emotion". From mind., 1884 und „The principles of psychologie". 1890, II., 442.

diese Frage zu Tage gefördert wurde. Die Erregung ist nicht ein einfacher Vorgang, eine Kundgebung des Empfindungsvermögens, wie man früher annahm, sondern sie ist die Vereinung einer grossen Menge elementarer Vorgänge, ein zusammengesetzter Zustand des Bewusstseins. *Guyau* sagte:[1]) „Je mehr man darüber nachdenkt, desto erschreckter wird man über die Verwickelung dessen, was man als Bewusstseinszustand bezeichnet, und über die unbestimmbare Zahl der gleichzeitigen Empfindungen, die hiebei vorausgesetzt werden müssen. Um erregt zu werden, besonders, um in bestimmter Weise erregt zu werden, muss man im Bewusstsein die Empfindungen der verschiedenartigsten, augenblicklichen Veränderungen haben, die sich in allen Organen abspielen. Die Athmungsorgane, das Herz, die Haut, die Eingeweide, selbst die Harnblase (nach dem Ausdrucke eines Chirurgen, „der Spiegel der Seele") sind bei jeder Erregung in ganz bestimmter Weise verändert. Diese Erregung empfinden heisst so viel, wie all diese Veränderungen empfinden. Wenn man nun zu diesen Empfindungen die wieder aufgelebten Erinnerungsbilder hinzufügt, sowie die verschiedenartigen Bewegungen die begonnen, vollzogen oder gehemmt wurden, so wird man einen Einblick gewinnen, wie zusammengesetzt jeder Erregungszustand ist.

Wenn dem wirklich so ist, so kann ich auch für die Erregungen jene Sätze anwenden, die ich schon so oft über die psychologischen Verbindungsvorgänge vorgebracht habe. Man muss bei den Erregungen, ebenso bei den Empfindungen, Erinnerungen und Handlungen einerseits zwischen gegenwärtigen, neuen Synthesen (bei denen sich in bewusster Weise eine neue Zusammenstellung von Empfindungen und Vorstellungen zusammengesetzter Natur, die in gleicher Weise früher nicht bestanden haben, vollzogen haben muss) — und der mehr oder weniger automatischen Wiederholung der früher stattgehabten Synthesen unterscheiden. Es gibt Erregungen, die unaufhörlich neu sind, die sich zweifellos von einander durch bestimmte Züge unterscheiden, (und die wir auch auffassen, d. h. bei jeder neuen Lage, in der wir uns befinden, mit unserem „Ich" verknüpfen) und dann solche, die schon seit lange her ausgebildet sind und die sich jetzt ohne Beziehung auf die gegenwärtige Situation wiederholen. Diese Erkenntnisse sind nicht rein theoretisch, sondern stimmen mit den Thatsachen überein, die man bei den Kranken beobachten kann.

Ohne gerade auf ein Paradoxon hinarbeiten zu wollen, glaube ich es auszusprechen zu dürfen, dass die Hysterischen in Wirklichkeit weniger erregbar sind, als man es allgemein annimmt und dass der

[1]) *Guyau:* „Die Entstehung des Zeitbegriffes". 1890, 18.

Hauptzug ihres Wesens, hier wie überall, die Einschränkung der psychischen Vorgänge ist. Diese Kranken sind im Ganzen und Grossen sehr gleichgiltig, wenigstens gegen Alles, was nicht unmittelbar mit der geringen Zahl ihrer fixen Ideen in Verbindung steht.

Bei Renée konnte man sehen, wie nach und nach die Putzsucht, die Coquetterie, und sogar die Eitelkeit verschwand. Bei den Anderen ist wieder die Liebe zum Eigenthum verloren gegangen, sie verlieren Alles, was ihnen gehört, und kümmern sich nicht weiter darum. Bertha, die früher sehr furchtsam war, wundert sich jetzt über ihre Ruhe; sie geht bei Nacht hin und her, betrachtet sogar die Skelette, welche ihr früher Grausen einflössten und fragt mich: „Warum macht dies Alles keinen Eindruck mehr auf mich?“ Ganz eigenartig ist das Verhalten, das Marie in dieser Richtung zeigt. Sie zeigt nicht den geringsten Antheil an Gegenständen und Personen, trotzdem sie von Unglücksfällen aller Art, die sich in Folge ihrer Erkrankung einstellten, überhäuft ist, trotdem sie nach vorherigem Wohlstand die tiefste Stufe des Elends erreicht hat, so bemerkt sie doch ganz und gar nicht den Ernst ihrer Lage. Sie verliert das Geld. Wenn ihr nur einige Sous geblieben sind, verlegt sie ihre Kleider, schont auch kaum das Kleid, das sie trägt und regt sich darüber nicht weiter auf. Man muss aber im Auge behalten, dass sie noch Intelligenz besitzt und ihre Lage wohl erfassen könnte. Dies gelingt ihr noch theilweise gerade genug, dass sie sich selbst über ihre Gleichgiltigkeit verwundern kann. „Früher war ich um meine Angelegenheiten stets besorgt, jetzt ist mir Alles gleichgiltig.“ Bei derselben Kranken können Thatsachen beobachtet werden, die in noch höherem Grade für sie kennzeichnend sind. Früher liebte sie ihren Gatten und war auf denselben besonders eifersüchtig, auch ihre beiden Kinder vergötterte sie. Seit ihrer Krankheit hat sie ihre beiden Kinder nach und nach im Stiche gelassen, die nun von ihren Schwestern erzogen werden, schliesslich hat sie auch ihren Gatten verlassen. Seit drei Jahren schleppt sie in Paris, statt des glücklichen, früheren Lebens, ein elendes Dasein hin. Sie hat sich auch nicht einmal weiter um ihren Gatten oder ihre Kinder gekümmert. Als sie auf Umwegen vom Tode ihres Gatten erfuhr, sagte sie: „Das ist doch komisch, wie wenig Eindruck die Sache auf mich gemacht hatte. Ich war darüber keineswegs betrübt, aber ich verstehe, dass ich darüber auch nicht erfreut war. Die Sache ist mir ganz einfach gleichgiltig“ „Und wenn ich Ihnen nun gesagt hätte, dass Ihr kleiner Louis (früher ihr Lieblingskind) soeben gestorben ist?“ „Was soll ich mich denn weiter darum kümmern? Ich habe das Kind schon vergessen.“

Eine weitere Beobachtung ist ebenfalls geeignet, das Wesen dieses Zustandes genauer aufzuklären. Es kommt nämlich von Zeit zu Zeit vor, dass Marie — wie dies übrigens bei allen Hysterischen der Fall ist — für den Augenblick aus ihrem Zustande psychischer Schwäche herauskommt. Dank der Ruhe, der Ernährung und des langdauernden Schlafes verliert sie die Zeichen der psychischen Degeneration und gelangt wieder in den Besitz der Tast- und Muskelempfindungen, sowie auch der Erinnerungen etc. Man wird dann Zeuge einer ganz merkwürdigen Scene. Die arme Frau wird nämlich ganz verzweifelt und verlangt nach ihrem Gatten, ihren Kindern und ihrem Heim. Niemand kann ihr dazu verhelfen; sie bricht dann in Thränen aus, verweigert die Nahrung und spricht von Selbstmord. Jetzt, wo in Wirklichkeit der Beginn einer Besserung vorhanden ist, würde man sie erst recht für krank halten. Ich habe die folgende Thatsache beim Versuche der Behandlung Geisteskranker sehr oft beobachtet: Der erste Lichtstrahl der Vernunft, der Kampf gegen ihre Träumereien stürzt sie in Verwirrung und bringt bei ihnen Störungen hervor, die dem Anscheine nach viel schwerer sind, als ihre still ablaufende frühere Krankheit. Marie ist nun so lange untröstlich darüber, dass sie ihre Kinder verlassen hat, beschämt über ihre Fehltritte, sowie entsetzt über ihre elende Lage — bis wieder der hysterische Zustand mit seiner Empfindungslähmung und Gleichgiltigkeit wiederkehrt. Es handelt sich hier thatsächlich um einen Zustand seelischen Stumpfsinnes, um eine „Psychapathie", wenn man so sagen darf, die ganz gut mit den Degenerationszeichen, in deren Gefolge sie auftritt, in Verbindung gebracht werden kann.

Anlässlich dieser von Marie gegen ihren Gatten und ihre Kinder gezeigten Gleichgiltigkeit, will ich hier nebenher einen unbedeutenden Umstand erwähnen, der mein lebhaftes Erstaunen erregt hat, den ich hier aber mit jedem Vorbehalt als eine merkwürdige Beobachtung mittheile, der ich aber weiter keine grössere Tragweite zuschreibe. Es hatte sich nämlich die Nothwendigkeit ergeben, bei Marie wegen bestehender Urethritis die Genitaluntersuchung auszuführen und bei dieser Untersuchung hatte ich die Gelegenheit zwei Kennzeichen des Seelenzustandes vorzufinden, die eben in den Zeiten tiefer seelischer Apathie besonders augenfällig zu Tage treten. 1. Die Patienten zeigte nicht eine Spur vom Schamgefühl, trotzdem sie eine sehr sorgfältige Erziehung genossen hatte; sie zeigt aber auch nichts Unzüchtiges, sie ist einfach gleichgiltig. 2. Sie ist an den Genitalien absolut unempfindlich und hat, wahrscheinlich seit geraumer Zeit, keinerlei Kenntnis dessen, was man als Geschlechtsgefühl bezeichnet. Ich habe ganz

abenteuerliche Gespräche über diese Frage belauscht. Die anderen Frauen hielten unserer Kranken gegenüber an der Ansicht fest, dass das Wollustgefühl für die Empfängnis nothwendig sei. „Ich habe aber doch auch Kinder bekommen — sagte Marie — und ich weiss noch heute nicht, warum man behauptet, dass irgend ein Vergnügen dabei im Spiele sei."

Wir wollen nun die gleichen Dinge während der andern, von mir beschriebenen Periode des Krankheitsverlaufes ins Auge fassen. Als ich nämlich die Wiederkehr des Empfindungsvermögens am ganzen Körper festgestellt hatte, wollte ich mich davon überzeugen, ob dieselbe Veränderung auch an den Geschlechtsorganen eingetreten wäre. Der Versuch dieser Feststellung ergab eine unvorhergesehene Schwierigkeit, denn das Schamgefühl der Kranken erwies sich als hochgradig gesteigert. Die Geschlechtsempfindung war, wie ich es nicht anders erwartete, völlig vorhanden und von dieser Zeit an weinte auch Marie nach ihrem Gatten und den Kindern. Mag man nun diese Beobachtung nach Belieben erklären, ich will hier nur auf einen Umstand Gewicht legen: Das Familiengefühl, die Empfindungen der Zuneigung, das Schamgefühl und die Geschlechtsempfindung verschwinden und erscheinen bei dieser Frau gleichzeitig. Welche von diesen Empfindungen ist es nun, die die andern mit sich bringt? Sollte etwa die Geschlechtsempfindung der Mittelpunkt sein, um welchen herum die anderen psychologischen Synthesen sich aufbauen? Ich will hier keine darauf bezügliche Schlussfolgerung ziehen. Es wäre nothwendig, noch oftmals derartige Thatsachen vorzufinden und sie auch genauer zu zergliedern, als es mir hier möglich war, um an die Untersuchung dieser Erregungsvorgänge herantreten zu können.

Es ist dies ohne Zweifel ein sehr stark ausgeprägter Fall, den ich auch aus eben diesem Grunde ausgewählt habe. Wenn man aber die anderen Kranken von diesem Gesichtspunkte aus untersucht, so kann man viel öfter, als man es glauben möchte, ähnlichen Thatsachen begegnen. Die Hysterischen büssen besonders rasch die Gesellschaftsempfindungen, sowie überhaupt die altruistischen Gefühle ein, vielleicht weil letztere ihrem Wesen nach besonders complicirt sind. Bertha, welche einige Zeit hindurch Anhänglichkeit an ihren Bruder bewies, hat schliesslich jede Theilnahme für denselben verloren; sie selbst beklagt sich darüber, dass sie einer tieferen Neigung unfähig sei. Marcelle sagte sich gleich zu Beginn ihrer Erkrankung, von jeder Gesellschaft los. Auch bei Isabella wurde schon frühzeitig ein Hang zur Einsamkeit bemerkt. Alle derartigen Kranken verfallen thatsächlich sehr rasch in einen Zustand der Verwilderung und des

Menschenhasses, den sie vergebens zu verhehlen suchen, sie wollen, wie sie sich ausdrücken, einsam sich ihren Gedanken hingeben; und es gewährt ihnen thatsächlich der Hang zur Träumerei einen Ersatz in ihrer Vereinsamung. In Wirklichkeit zeigen sie Abneigung gegen die Gesellschaft und werden nach und nach ihrer Freundschaften und Neigungen verlustig. So lange ihre Krankheit dauert, sind sie meist unfähig, ein echtes Gefühl der Dankbarkeit und Zuneigung zu empfinden. Von der somnambulen Leidenschaft abgesehen, die eine Erscheinung ganz besonderer Art ist, verlieren sie jedermann in wenigen Augenblicken aus dem Gedächtnis und haben überhaupt für keinen Menschen wirkliche Liebe empfunden.

Es ist augenscheinlich, dass es hier wie überall Aenderungen und Abstufung gibt, die sich nach dem Entwicklungsgrade der Krankheit richten. So bewahrt z. B. Marcelle noch anfänglich ihre früheren Neigungen, ist aber nicht im Stande mit fremden Personen Bekanntschaft zu schliessen. Andere Kranke werden wieder Mühe haben, die Personen ihrer Umgebung richtig zu verstehen, in ihre Gefühle einzudringen und Zuneigung für sie zu empfinden. „Es ist erstaunlich — sagt Bertha jeden Augenblick — wie sehr die Welt sich verändert hat; früher begegnete ich oft edlen und liebevollen Menschen, jetzt aber sehe ich niemals solche.“ Sie denkt gar nicht daran, dass sie mit diesen Worten einen Ausspruch Rousseaus umschreibt: „Wie kommt es denn, dass ich, der ich in meiner Jugend so oft edlen Menschen begegnet bin, jetzt in meinem reifern Alten so wenige finde? Sollte dieses Geschlecht ausgestorben sein?“ [1])

Diese mehr oder weniger ausgeprägte allgemeine Anlage erklärt uns einen wohlbekannten Charakterzug der Hysterischen: es ist dies ihr Egoismus. *Despine* [2]) hat schon darauf in seiner Beobachtung Estella's hingewiesen. „Dieses junge Mädchen beschäftigt sich nur mit ihrer eigenen Person. Um Andere kümmert sie sich nur soweit, als sie mit ihr in Beziehung stehen, oder sie thut es nur aus Nachgiebigkeit und dann immer mit Widerwillen und Unlust, denn ihr Ich ist die alleinige Triebfeder ihrer Handlungen.“ [3]) *Huchard* bemerkte in einer späteren Arbeit: „Immer ist es die eigene Persönlichkeit, die bei ihnen vorherrscht, immer ist ihr Ich im Spiele; daher sind sie stets egoistisch, denken nur an sich, sowie an ihre kleinen und grossen Unglücksfälle.“ Dieser Egoismus äussert sich in verschiedener Weise: er ist es, der mit jenem Bedürfnis eines moralischen Haltes verbunden

---

[1]) *Rousseau:* „Bekenntnisse“. I., 267.

[2]) *Despine* (d'Aix): Op. cit., 40.

[3]) *M. Huchard:* „Das Benehmen der Hysterischen“. Arch. de neurol. 1882, 1. 202.

ist, das alle Hysterischen erfüllt. Dieses Bedürfnis ist die Quelle ihrer Eitelkeit, ihrer Sucht, bemerkt, gehört und geleitet zu werden,

Es ist wirklich auffallend, zu sehen, wie ihre schwach ausgeprägte Persönlichkeit, ihr unentwickeltes Ich eine derartige Rolle spielen und alle ihnen zur Verfügung stehenden Geisteskräfte aufsaugen. Doch lässt sich nichtsdestoweniger dafür eine Erklärung geben. Einen Andern lieben, d. h. einen Andern verstehen, ist in Wirklichkeit in einem Ueberfluss geistiger Spannkraft begründet. Man muss, um dies zu erreichen, neben der Verknüpfung der eigenen seelischen Vorgänge auch jene, welche Andern zugehören, in sich aufnehmen können. Es ist ferner nothwendig, im Denken eine Synthese zu vollziehen, die viel weiter reicht, als die Synthese unseres eigenen Ich. Diese armen Wesen kommen nicht einmal dazu, sich selbst zu begreifen und haben auch nicht die genügende Kraft um ihr eigenes Ich entsprechend aufzubauen; es ist daher begreiflich, dass sie nicht einmal den Versuch machen, das Ich eines anderen Individuums in sich aufzunehmen. Der Egoismus ist bei den Hysterischen das Ergebnis ihres geistigen Schwächezustandes und der Einschränkung aller Zuneigungsgefühle.

Wir sind bereits an die Gegensätze gewöhnt, welche der Geisteszustand der Hysterischen darbietet, und so werden wir nicht überrascht sein, zu erfahren, dass diese theilnahmslosen, unerregbaren Kranken zu gleicher Zeit, von einem andern Gesichtspunkte aus betrachtet, äusserst reizbar und hochgradigster Erregungen fähig sind. Bei gewissen Kranken ist diese Empfänglichkeit wirklich ganz ungewöhnlich; ein kleiner Zwischenfall, ein Wort, ein Blick genügen, um eine Störung hervorzurufen, die ganz unverhältnismässig gross ist. Witm... und Margarethe sind Wochen hindurch erzürnt, weil man sie, wie sie sagen, scheel angeblickt hat. Célestine zeigt furchtbare Zornesausbrüche. Luise fährt entsetzt in die Höhe und bricht in Thränen aus, wenn sie jemanden eintreten hört. Bertha zeigt wieder Zustände trostloser Verzweiflung etc.

Diese Erregungen, deren Vorhandensein gekannt werden muss, haben, meiner Ansicht nach, ganz deutliche Kennzeichen, durch welche sie sich von normalen Erregungen unterscheiden.

1. Sind sie in ihren Aeusserungen höchst übertrieben; die Leichtigkeit, mit der man sie durch irgend eine Ablenkung beeinflusst, die geringen Spuren, die sie gewöhnlich im Geiste hinterlassen, zeigen uns zur Genüge, dass hinter diesen gewaltigen Schreien und Verzweiflungsausbrüchen nur wenig echtes Gefühl sich birgt.[1])

[1]) Autom. psych. 214.

2. Wenn nun auch die Erregung echt ist, so steht sie doch nicht in entsprechender Beziehung zu dem Umstande, der sie erzeugte, denn sie zeigt ein auffallendes Missverhältnis diesem gegenüber, ist ohne Abstufungen, wie ihr auch überhaupt jede Berechtigung fehlt. Statt unaufhörlich, je nach den zahllosen Zufällen des Lebens, zu wechseln, zeigt sie eine maschinenmässige Regelmässigkeit und bleibt sich stets gleich. Wenn wir gegen Jemanden erzürnt sind, so können wir dies in hundert verschiedenen Arten äussern, die sich ein Mal durch eine Geberde, ein zweites Mal durch irgend ein Wort, ein drittes Mal durch Losschlagen nach aussen hin kundgeben. Wenn Célestine in Zorn geräth, so ist die Sache viel einfacher. Erröthen, sehr laut schreien, Schmähungen ausstossen, die sich übrigens stets gleich bleiben, die Leute mit Faustschlägen misshandeln und einige Fliesen zerbrechen, ist bei ihr die feststehende Regel. Manchmal tritt die mangelnde Anpassung der Erregungen an die Umstände noch viel klarer zu Tage und die Kranken zeigen dann widersprechende Gefühle, die in strictem Gegensatze zu jenen stehen, die sie eigentlich empfinden sollten. Renée bricht zu einer Zeit in Thränen aus, wo sie eigentlich vergnügt sein sollte. Sie hat das Bedürfnis gerade jenen Personen, die sie aufrichtig liebt, unangenehme Dinge zu sagen, oder fängt wieder an Leute, die sie verachtet, mit Schmeicheleien zu überhäufen. Es scheint, dass ein Mechanismus da ist, der die Abwicklung der Erregungen regelt und dass eben dieser Mechanismus — ganz sowie bei den Erscheinungen der Allochirie und Heterokinesie — hier gestört ist.

3. Bei einer und derselben Kranken ist die Zahl der bei ihr möglichen Erregungen sehr gering. Es scheint überhaupt, dass jede nur eine hat, u. zw. immer die gleiche. Luise ist ein furchtsames Wesen; alle Eindrücke, welcher Art immer, erzeugen bei ihr Furcht. Célestine ist wieder zornig; jede Erregung, eine Ueberraschung, eine unangenehme Nachricht, eben sowie irgend ein Tadel, rufen einen Zornesausbruch, oder vielmehr ihren Zornesausbruch hervor. Mag man nun — auf welche Weise immer — z. B. durch Schmerz, Ueberraschung, Spott Bertha in Erregung zu bringen versuchen, so wird sie immer in der gleichen Weise reagiren, u. zw. durch einen Verzweiflungsausbruch, welcher eben der ihr eigenthümliche Erregungszustand ist. Sie erblasst, weint, keucht und stösst schliesslich den Seufzer aus: „Wie unglücklich bin ich doch! Was bin ich doch für ein niederes Wesen! Wozu lebe ich noch? Ich bin verdammt“. Stets wird man das gleiche Schauspiel zu sehen bekommen, so dass man glauben möchte, dass sie eine Aufgabe ableiert.

Und sie leiert wirklich Etwas ab. Ihre Erregung ist keine wirkliche, sie ist nicht eine Synthese seelischer Vorgänge, die in dem Augenblicke eintritt, wo ich zu ihr spreche oder zu dem Worte, das ich ausgesprochen habe, in Beziehung steht. Es ist dies eine Erregung, die von früher herstammt und sich allmählig in Folge ihres Familienunglücks und des nur allzuwirklichen Aergers herausgebildet hat. Diese Erregung ist nun in ein System gebracht und lässt sich jetzt jeden Augenblick, ohne Recht und Sinn, auslösen. Es gibt, mit einem Worte, automatische Erregungen, geradeso wie es automatische Handlungen gibt und diese sind — wie immer — bei den Hysterischen erhalten geblieben, beziehungsweise gesteigert. Es ist hier am Platze hinzuzufügen, dass diese übertriebene Aeusserung eines von früher her bestehenden Erregungszustandes in Verbindung steht mit dem durchgängigen geistigen Wesen der Hysterischen, nämlich mit der Einengung des Bewusstseinsfeldes, welche es mit sich bringt, dass die Kranken unaufhörlich Einzelngedanken sich hingeben, ohne dass ein antagonistischer Denkvorgang als Gegengewicht vorhanden wäre. *Laurent* [1]) bemerkte mit vollem Rechte, „dass der Hysterische, wenn er einem Eindrucke ausgesetzt ist, der die von früher her bestehenden Vorstellungen verwischt hat, sich in der Lage eines Menschen befindet, der ganz plötzlich Etwas erfährt oder sieht, worauf er nicht vorbereitet war. Dieser Eindruck verscheucht nun die anderen Ideen und verursacht nun, als Beherrscher des Verstandes, je nach seiner Beschaffenheit Staunen, Furcht oder Freude, ohne in irgend Etwas ein Gegengewicht zu haben“. Wir werden bei Besprechung der Suggestionen noch viel deutlicher erkennen, wie gross die Macht eines automatischen Vorganges — Dank der vorhandenen Schwäche des „Ich“-Bewusstseins — werden kann.

Nachdem wir nun die allgemeine Beschaffenheit der Erregungszustände, die bei den Kranken bestehen bleiben, besprochen haben, ergibt sich die Nothwendigkeit, die besonderen Formen zu besprechen, in welchen sie am häufigsten auftreten, daneben auch die gewöhnlichsten Arten der Erregung, die hier zu finden sind. Nahezu sämmtliche einfache Erregungen, Freude, Heiterkeit, Ueberraschung, Furcht können hier zu Tage treten, besonders bei jenen Kranken, deren Zustand ihnen noch das Erfassen einer neuen Situation ermöglicht, und jede dieser Erregungen nimm den Geist gänzlich in ihren Besitz, wobei ihre Regel- und Gesetzmässigkeit besonders augenfällig ist. Doch muss anerkannt werden, dass die traurigen, niederdrückenden

[1]) *L. Laurent:* „Ueber den Geisteszustand der Hysterischen“. Arch. cliniq. de Bordeaux, Sept. 1892, 4.

Erregungszustände viel häufiger vorkommen. Es wurde oft auf einen ganz zutreffenden Unterschied zwischen männlicher und weiblicher Hysterie hingewiesen. Man stellt das hysterische Weib als erregt, rührig, heiter, laut lachend, zu allen Thorheiten geneigt, vor; den hysterischen Mann dagegen als mehr traurig, trübsinnig und schlaff. Im Ganzen und Grossen verhält es sich auch in dieser Weise und es ist ganz sicher, dass die männliche Hysterie „dieser Umsturz der grundlegenden Gesellschaftsgesetze", wie *Briquet*[1]) sich ausdrückt, viel peinlicher und grausamer ist als die weibliche. Ein Mann leidet eben mehr unter dieser Erschlaffung und Zerstörung der gesammten Thatkraft und es fällt auch der seelische Niedergang vor Allem auf.

Aber hinter diesem scheinbaren Unterschied ist doch eine Grundlage von Aehnlichkeit vorhanden und es bleibt sich auch die Hysterie stets gleich. Trübsinn und Traurigkeit sind die vorherrschenden Gemüthsstimmungen bei den Männern sowie bei den Weibern. Alle Kranken, die ich bisher erwähnte, sind traurig und verzweifelt. Das andauernde Gefühl der Oede, der Ekel vor dem Leben, Furcht, Entsetzen, tiefste Verzweiflung — dies sind die Stimmungen, die sie stets zum Ausdruck bringen. Die närrischen Heiterkeitsausbrüche sind nur Unterbrechungen im Ablaufe des eintönigen Trübsinnes. Gerade dadurch wird ein Gedanke, der oft von den Philosophen ausgesprochen und neuerdings von *Féré* wieder aufgenommen wurde, in seiner vollen Berechtigung gezeigt, „dass nämlich die Empfindung der Lust in einem Machtgefühl, die Empfindung der Unlust hingegen in einem Gefühle der Ohnmacht wurzelt."[2]) Ich will sogar noch weiter gehen und werde trotz der anscheinenden hysterischen Eitelkeit, die manchmal vorkommt, aber zweifellos überschätzt wurde, den Satz aussprechen, dass die Hysterischen sehr oft demüthig und unfähig sind, eine Sache keck anzufassen, dass sie durch ein Nichts entmuthigt werden, dabei auch leicht zu beschämen sind. Diejenigen, welche nicht ihres Zustandes bewusst werden, sind die seltensten. Die Mehrzahl der Kranken hat auch ohne unser Dazwischentreten eingesehen, dass sie Willenskraft und Gefühl gänzlich eingebüsst haben und empfinden auch einen Abscheu gegen ihr elendes Dasein. „Ich sehe, dass ich närrisch bin und schäme mich deswegen," sagt eine Kranke. „Ich bin verblödet und es ist sehr leicht, dies bei mir zu erkennen," sagt wieder eine andere. Doch hört man immer denselben Schluss: „Früher war ich ganz anders." Diese Kennzeichen ermangeln wohl des ma-

---

[1]) *Briquet:* Op. cit., 101.

[2]) *Féré:* „Empfindung und Bewegung". 67.

lerischen Wesens, sie sind aber doch wahrer, als jene, welche die herkömmliche, aber sagenhafte Auffassung uns angibt.

Eine andere Gruppe von Erregungen lässt sich aus dem Egoismus der Kranken ableiten; von ihrem unbedeutenden „Ich“ stets in Anspruch genommen, verlangen sie alle Pflege und Rücksichten, fordern von den Andern die moralische Kraft, die ihnen selbst abgeht, und glauben, in ihrem steten Ohnmachtsgefühl, dass man sie vernachlässigt. Sie können sich nur schwer die Kraft und das Glück eines Anderen vorstellen und sind äusserst eifersüchtig, reizbar und zornig. Die Eifersucht — diese grosse Leidenschaft kleiner Geister — ist die fortwährende Qual der Hysterischen, sie bildet die nahezu unerlässliche Ergänzung der somnambulen Leidenschaft, die wir bereits besprochen haben. Der Gedanke an die Freude eines Anderen verursacht ihnen oft wirkliche Qualen. Ich weise hier nur auf diese sittlichen Verwirrungszustände hin, die sehr merkwürdig und wahrscheinlich auch, wie alle hysterischen Erscheinungen, gesetzmässig sind. Die Untersuchung derselben wird später einmal der Ausgangspunkt der Moralphilosophie werden, heute ist die Psychologie noch nicht fähig, dieselben klarzulegen.

§ 3. Ueber einige besondere Charaktereigenschaften.

Ich habe bis jetzt nur allgemeine und einfache Züge des Charakters beschrieben, die durch ihre Verbindungen und unter dem Einflusse bestimmter äusserer Umstände Haltungen und Handlungen eigenthümlicher Art, in allen Formen erzeugen können. Es ist hier unstatthaft, auf diese Beschreibung näher einzugehen, da dieselbe mit einem Sittenromane grössere Aehnlichkeit aufweisen würde, als mit einer klinischen Arbeit. Es haben aber die Hysterischen, die schon frühzeitig die Aufmerksamkeit auf sich lenkten, einen besonderen Ruf und ebenso spinnen sich förmliche Sagen um sie, durch welche ihnen bestimmte Formen des Verhaltens als gerade für sie kennzeichnend zugeschrieben werden. Es ist hier der Ort, zu erklären. was ich an allen diesen Geschichten für richtig halte und ich will es auch hier in kurzen Worten aussprechen.

Nachdem man früher die Hysterischen aller erdenklichen Zauberkünste beschuldigt und ihnen vorgeworfen hatte, dass sie jeden Sonnabend mit dem als Bock verkleideten Teufel geschlechtlichen Umgang pflegen, so ist es nicht verwunderlich, dass sich eine nebelhafte Erinnerung an diesen Aberglauben erhalten hat, und sich die Meinung entwickelte, dass diese Kranken einen äusserst sinnlichen Charakter besässen. Diese Anschauung stand mit der Lehre vom uterinen Ur-

sprunge der Hysterie in Verbindung, die *Briquet* endgiltig abgeurtheilt hat. Nachdem gegenwärtig diese Streitfrage entschieden ist, kann man den Sachverhalt kaltblütiger untersuchen. Der Liebeswahn kann, meiner Ansicht nach, bei der Hysterie, gerade so wie alle anderen fixen Ideen auftreten. Ich habe unter 120 Beobachtungen nur 4 sammeln können, in denen derselbe eine ganz vorherrschende Rolle spielt. Daran liegt wohl kaum etwas Fremdartiges, da die Liebesleidenschaft und das geschlechtliche Verlangen bei diesen, meistentheils jugendlichen Personen gerade so vorhanden sein müssen, wie bei den anderen. Die Hysterischen hören von Liebe sprechen, sie sehen und lesen derartige Schilderungen, warum sollte ihr — für alle Eindrücke so empfindlicher, allen Einflüssen gehorchender Geist — gerade hier Widerstand leisten. Im hysterischen Delirium besonders, auf das ich noch später eingehen werde, sprechen die Kranken oft von Geliebten, Gatten, Schändung, Schwangerschaft etc., doch kann man Nichts in Delirien bringen, was nicht bereits im Geiste vorhanden ist. Diese Dinge nehmen eben das Sinnen und Trachten der Individuen dieser, manchmal aber auch anderer Altersstufen für sich in Anspruch; es ist dann doch wohl natürlich, dass erstere sie auch in ihren Träumen äussern. Ist es denn mit Sicherheit nachgewiesen, dass die gleiche Anzahl junger Frauen, wenn sie andere Delirien beliebigen Ursprunges zeigt, sich nicht genau in der gleichen Weise ausdrücken würde?

Man hat auch auf die Coquetterie dieser Kranken Gewicht gelegt, „welche es lieben, ihr Kopfkissen mit Blumen zu umgeben, und ihr Haar mit rothen und blauen Bändern zu schmücken [1]) etc.“ Ich bin nicht geneigt diesem Symptom irgend welche grössere Wichtigkeit zuzuschreiben. Die Hysterischen erschienen mir viel eher nachlässig, als coquett und ich halte das Bestreben nach sorgfältiger Kleidung, wenn es vorhanden ist, eher für ein günstiges Zeichen. Wenn nun die Putzsucht wirklich vorhanden ist, so kann sie in natürlicher Weise mit der Eitelkeit und dem Egoismus in Verbindung gebracht werden, von denen wir zeigten, dass sie in viel höherem Maasse charakteristisch sind, als mit dem Liebeswahn im eigentlichen Sinne.

Mit einem Worte, es sind, einzelne besondere und nur allzu leicht erklärliche Fälle ausgenommen, die Hysterischen im Ganzen und Grossen nicht sinnlicher, als die gesunden Individuen. Ihre physische und sittliche Unempfindlichkeit, sowie die Einschränkung ihres Geistes auf sich selbst, macht sie nicht für die Liebesleiden-

---

[1]) *Huchard:* Op. cit., 90.

schaft besonders empfänglich. Sie sind viel häufiger kalt, als sinnlich; sie sind eher im Stande, ihre früheren Liebesverhältnisse zu vergessen, als neue anzuknüpfen. Man darf eben nicht in den groben Irrthum verfallen, ihr kindisches Bedürfnis, geleitet und getröstet zu werden, für Liebe zu halten und das Temperament einzelner Kranken als für die Krankheit selbst kennzeichnend zu erklären.

Eine erst in jüngster Zeit aufgeworfene Frage scheint mir auch einer Lösung im gleichen Sinne zugänglich zu sein. Es haben nämlich viele Moralphilosophen behauptet, dass der Hang zum Lügen, ferner das Verhehlen, und in erster Linie die fortwährende Simulation den psychologischen Grundzug der Hysterischen bilden. Ich habe bereits einmal geäussert, wie ich über dieses angebliche Axiom[1]) denke, und es gereicht mir zur Befriedigung, dass *Gilles de la Tourette* meine diesbezüglichen Auseinandersetzungen billigt.[2]) Ich glaube nämlich noch jetzt, dass alle möglichen Fehler und Laster bei den Hysterischen, geradeso wie bei allen anderen Menschen vorkommen können, dass dieselben aber im Ganzen und Grossen, soweit man ihre Erkrankung als solche in Betracht zieht, nicht mehr zur Lüge neigen, als andere gewöhnliche Sterbliche. Anstatt diese mehr nebensächliche Frage wieder aufzunehmen, scheint mir der Versuch wichtiger, zu erklären, wieso dieser schlechte Ruf sich entwickelt hat. Ausgezeichnete Beobachter darunter *Legrand du Saulle*,[3]) haben den Geisteszustand dieser Kranken in einer Weise aufgefasst, die uns heutzutage ganz merkwürdig vorkommt und wir müssen daher untersuchen, welche Thatsachen zur Entstehung derartiger haltloser Anschauungen geführt haben.

Pitres bemerkt mit Recht, dass der Glaube an die hysterische Simulation auf Erklärungsirrthümern beruht. „Man hat — wie er sagt — ganz allgemein diesen Hang der Kranken zur Simulation stark übertrieben, und zwar deshalb, weil man die dem Verständnis nicht zugänglichen Vorgänge der Ueberlistung seitens der Kranken zugeschrieben hat“.[4]) Dies erscheint mir um so wahrscheinlicher, als nahezu alle psychologischen Vorgänge bei der Hysterie, auf den ersten Blick, ein widerspruchsvolles Verhalten zeigen und schwer zu durchdringen sind. Eine oberflächliche Beobachtung der Stigmata wird nur ganz einfach ergeben, dass die Kranke ein Mal fühlt, das andere Mal

[1]) Autom. psych. 216.

[2]) *Gilles de la Tourette:* „Bemerkungen über spontan auftretende Ecchymosen und über den Geisteszustand der Hysterischen“. Nouvelle iconographie 1890, 49 und Traité de l'hyst. 1891, 489.

[3]) *Legrand du Saulle:* „Körper- und Geisteszustand“. 1883.

[4]) *Pitres:* Op. cit., II., 55.

wieder nicht, dass sie sich einmal bewegt, das andere Mal nicht. Wenn man nun in den Bedingungen, welche die eine und die andere Thatsache begleiten, nicht die Gesetzmässigkeit entdeckt hat, so wird man schnell davon ablassen, diese so sprunghaften Stigmata zu untersuchen und wird geneigt sein, dieselben mehr als einfache Scherze aufzufassen. Die Amnesie ist es besonders, wie *Charcot*[1]) gezeigt hat, welche Lücken und Widersprüche in den Erzählungen der Kranken bedingt, welche dieselben wenig vertrauenswürdig hinstellen. Wurde denn nicht auch derselbe Vorwurf gegen die an Neuritis alcoholica leidenden Kranken, die genau dieselbe Amnesie zeigen, erhoben?

Schliesslich sind bei den Hysterischen die meisten innern oder äussern Wahrnehmungen sehr mangelhaft und es vermengen sich bei ihnen die mehr oder minder bewussten Traumzustände, ja sogar die Hallucinationen mit der normalen Wahrnehmung. Darf man denn hoffen, dass sie bei der Ausfragung gerade diese Vorgänge mit besonderer Sorgfalt ausschalten werden? Werden sie immer in der Lage sein, zu wissen, was Traum, was Wirklichkeit ist und beide auseinander zu halten? Wie viele nahezu gesunde Leute gibt es doch, die das auch nicht treffen. So sagte mir einmal eine Kranke: „Ich wage es nicht mehr zu sprechen, denn ich bemerke es ganz wohl, dass ich die Dinge nicht so sehe, wie sie sind. Glauben sie nicht an das, was ich sage, denn es ist vielleicht falsch". Die gleichen Schwierigkeiten ergeben sich bei der Untersuchung aller Geisteskranken; indessen wird man doch nicht behaupten wollen, dass bei Melancholie oder Verfolgungswahn ein Hang zur Simulation besteht.

Ich will noch die Bemerkung hinzufügen, dass es die Hysterischen selbst sind, die zur Entstehung dieses schlechten Rufes beigetragen haben und dass sie sich auch sehr oft, ganz grund- und sinnlos, der Lüge zeihen. Renée zeigt gegenwärtig jeden Augenblick fixe Ideen und Tics, deren wirkliches Vorhandensein wir teststellen können, doch drückt sie sich ganz eigenthümlich aus, wenn ihre früheren, nunmehr verschwundenen fixen Ideen zur Sprache kommen. „Ich hatte eine schiefe Haltung, aber ich kenne nicht den Grund dafür. Meine Schulkameradinnen sagten mir, dass ich die eine Hüfte stärker hätte, als die andere und dass ich krank sei. Sie haben mir nun so lange zugeredet, bis sie mich bewogen, einen Arzt zu befragen. Sie können sich wohl denken, dass ich beim Arzte war und ihn fragte, warum meine Hüfte auf der einen Seite stärker sei. Der Arzt sagte mir: „Sie halten sich nicht gerade." Diese Behauptung reizte mich zum

[1]) *Charcot:* „Leçons du mardi", 1887, 297.

Widerspruche und ich beharrte dabei, dass ich mich doch gerade halte. Jetzt weiss ich es indessen ganz wohl, dass ich damals eine schiefe Haltung hatte. Warum habe ich nun damals das Gegentheil behauptet. Was wollen Sie, ich habe gelogen, das ist augenscheinlich.“ Nun, das ist ganz und gar nicht so augenscheinlich; sie befand sich eben damals in einer besonderen Geistesverfassung, die sie nun nicht begreift und die sie durch die ganz unzulängliche Annahme der Lüge zu erklären versucht. gerade sowie es noch jetzt ein Unwissender thun würde, welcher einem auf fixer Idee beruhenden Krampfe gegenübersteht.

Paul Richer [1]) hat einen sehr interessanten Brief einer Hysterischen mitgetheilt, bei der wohl ähnliche Vorgänge vorhanden gewesen sind und welche gleichfalls, alles durch Simulation erklären will. Indessen sieht sie es selbst ein, dass ihre Ideen keine besondere Klarheit besassen. Man kann viele Thatsachen dieser Art bei jenen Kranken antreffen, die den Versuch machen, ihre somnambulen Zustände und ihre Suggestionsvorgänge zu erklären. Die spiritistischen Medien, wenn sie alt geworden und von ihrer automatischen Schrift geheilt sind, behaupten dann selbst, dass sie geschwindelt hätten. [2]) Es darf eben der Arzt nicht immer, ohne nachzuprüfen, die einfältige Auslegung, welche der Kranke seiner eigenen geistigen Erkrankung gibt, ohne Weiteres hinnehmen.

Die Frage der hysterischen Simulation ist, meiner Ansicht nach, zum grossen Theile ein Streit um Worte. Was soll man eigentlich unter Lüge oder unter Simulation verstehen? Soll man den Ausdruck so auffassen, wie es in seinem eigentlichen Sinne geschehen sollte, dass er nämlich eine mit Ueberlegung und Willen ausgeübte Täuschung besagt. Ich gebe dann zu, dass diese bei unseren Kranken gerade so vorhanden ist, wie bei anderen Personen, auf Grund einer individuellen Anlage oder als das Ergebnis einer schlechten Erziehung. Ich glaube auch, dass sie in ganz besonderen Fällen auf Grund einer suggerirten, ganz zufällig hinzugetretenen fixen Idee vorhanden sein kann. Aber ich glaube nicht, dass man daraus ein specifisches Kennzeichen der Erkrankung machen kann. Nimmt man dagegen, wie es nur zu häufig geschieht, den Ausdruck „Simulation“ in einem unendlich weiten Sinne, nämlich als irgend eine Veränderung der Wahrheit, als irgend eine unbestimmbare seelische Störung, so behaupte ich, dass dann die Simulation das Gesammtgebiet der Hysterie, sowie auch alle möglichen Geisteskrankheiten umfassen kann.

---

[1]) *Paul Richer:* „Lähmungen und Contracturen“. 112.

[2]) Autom. psych. 344.

Es ist klar, dass alle diese Krankheiten dann bestehen, dass Dinge gedacht und gefühlt werden, die ein gesunder Mensch weder denken, noch fühlen darf. Der Ausdruck wird, wenn man will, richtig, weil er nun jeden Wert verloren hat, alle Erscheinungen durcheinander wirft, und nur dazu taugt, uns zu verwirren. Die Lüge, sowie die Sünde sind Ausdrücke aus der Sprache der Moralisten, denen in der ärztlichen Sprache kein Platz gebührt.

Schliesslich noch eine Frage, die sehr oft aufgeworfen wurde. Was soll man nämlich über den hysterischen Selbstmord denken? Ich kann hier nur den Leser auf die Vorlesung von *Pitres*[1]) über diesen Gegenstand hinweisen, da ich die Ansichten dieses Forschers vollkommen theile. Die Selbstmordgedanken sind bei diesen Kranken sehr häufig und scheinen der natürliche Abschluss ihres Hanges zur Melancholie und Verzweiflung zu sein. Man kann sie auch mit der Abulie der Hysterischen in Verbindung bringen: Der Tod erscheint nämlich dem Träger als einfachstes Mittel, um alle Lebensfragen zu lösen. Was die Ausführung dieser Idee anlangt, so entspricht sie ganz jener, die bei den fixen und triebhaften Ideen stattfindet. Ist der geistige Zerfallsprocess weit vorgeschritten und die fixe Idee stark ausgeprägt, so kommt es meist zur Verwirklichung. *Legrand du Saulle* hat drei tödtlich verlaufende Selbstmordfälle bei Hysterischen mitgetheilt. Ebenso haben *Pitres* und *Gilles de la Tourette* je einen Fall mitgetheilt. Unter den von mir erwähnten Kranken ist es Marie, die bereits halb entseelt aus dem Strome herausgezogen wurde. Dieser Selbstmordgedanke ist wohl keinesfalls ein Scherz und ich denke, dass es Pflicht des Arztes ist, gegen derartige Ideen, auch wenn sie bloss im Geiste einer Hysterischen auftauchen, Vorsichtsmaassregeln zu ergreifen.

Glücklicherweise geschieht es sehr oft, dass die triebartigen fixen Ideen nicht verwirklicht werden. So wie Célestine nicht die Fliesen zerbricht, so oft sie dazu Lust hat, so tödtet sich auch eine Kranke nicht immer, weil sie gerade an Selbstmord denkt. Im Ganzen und Grossen sind — nach dem Ausspruch von *Pitres* — diese triebartigen Handlungen schlecht geplant, eben weil sie weder mit Ueberlegung, noch mit Willen sich vollziehen. Die geringste Schwierigkeit, die geringste dazwischen tretende Gemüthsbewegung ermöglicht es dem Bewusstsein, sich wieder aufzuraffen und wechselt auch die Richtung der Gedanken. Die nachfolgende Erzählung, die Bertha, von der ich

---

[1]) *Pitres:* Op. cit., II., 47. *Gilles de la Tourette:* Op. cit., 537.

so oft gesprochen habe, lieferte, wird mich jeder weiteren Bemerkung entheben.

„Ich liebte ihn so innig, doch die Grossmutter gab es nicht zu. Oh! ich hätte jeden Widerstand geleistet, denn ich fühlte ihn immer an meiner Seite, bereit mich zu stützen. Nun musste aber ein Ende gemacht werden . . . . Ich schlich mich bei Nacht aus dem Hause, ohne Lärm zu machen, weil ich mich im grossen Teiche ertränken wollte. Oh! wie schön das war. Vor mir die dunklen Berge, der Mond, der durch die Tannenwälder schien und im glitzernden Wasser weisse Blüthen, die mich verlachten. Ich fing nun an zu weinen wie ein Kind und kehrte dann heim, ohne mehr zu wissen, was ich noch soeben ausführen wollte.“

Der Leser wird zweifellos beim Studium des hier zusammengefassten und den Hysterischen zugetheilten Charakterbildes an Etwas denken, was mir auch oft durch den Kopf gegangen ist. Es mag wohl sein, dass all diese Züge bei den Hysterischen da sind, aber sie kommen auch bei anderen Kranken vor, und es ist im Ganzen und Grossen ein ziemlich alltägliches Charakterbild. Die Unaufmerksamkeit, die Denkfaulheit, die Träumerei, die Willenslähmung, die fixe Idee, der Mangel neuer Erregungen und die Steigerung der alltäglichen Gemüthsbewegungen sind Dinge, die man sehr oft vorfindet. Die vom Zweifelwahn befallenen Kranken, die von einer Idee Besessenen, die von Trieben Beherrschten zeigen uns das gleiche Bild; es ist richtig, dass sie ganz und gar nahe Verwandte der Hysterischen sind. Wenn man die schönen Beschreibungen, die *Lombroso* von den „Verbrechermenschen“ gegeben hat, liest, so wird man in noch höherem Maasse erstaunt sein die gleichen Beobachtungen wiederzufinden; es scheint, dass *Lombroso* sehr oft auf Hysterische, die an Willenslähmung leiden, hinweist. Die geistig Zurückgebliebenen, welche neulich *Sollier* beschrieb, zeigen, wenn sie nicht allzu tief stehen, dieselben Schwächen und Mängel. Ganz zum Schlusse drängt sich noch ein Vergleich auf. Dieser Mangel an Verknüpfungsvermögen, diese Haltlosigkeit, dieser einfältige von Zorn und Eifersucht begleitete Egoismus findet sich in ganz gleicher Weise bei einem Zustand, der nichts Krankhaftes an sich hat, nämlich beim Kindesalter. Wer hat nicht hundertmal bei der Untersuchung einer Hysterischen ausgerufen, dass er ein grosses Kind vor sich habe. Die Hysterische hat, sowie überhaupt eine grosse Gruppe von Kranken, nur mehr eine der kindlichen gleiche geistige Kraft. Was aber beim Kinde, weil es nicht selbstständig handelt und nur wenige Begriffe zu erfassen hat, normal ist, wird im Alter von zwanzig Jahren, wann der geschwächte Geist nicht mehr die seit

Jahren angehäuften Erinnerungen und Empfindungen zusammenzuhalten vermag, zu einer krankhaften Erscheinung.

Wenn man es nun versucht, aus den vorhergehenden Beschreibungen jene Charakterzüge herauszugreifen, die sich nicht ganz genau so bei den im weiteren Sinne Geistesschwachen vorfinden, sondern nahezu ausschliesslich der Hysterie eigenthümlich sind, so wird man wohl vor Allem zwei eigenartige Züge bemerken: Der Charakter ist wankend und widerspruchsvoll. Die Kranke verharrt nicht lange in der gleichen sittlichen Verfassung, sie geht jeden Augenblick von der Neigung zur Gleichgiltigkeit, von der Freude zur Trauer, von der Hoffnung zur Verzweiflung über. Es hat den Anschein, als ob sie sich im labilen Gleichgewicht befände, und jeden Augenblick sei es auf die eine, sei es auf die andere Seite fallen würde. Andererseits gibt es keinen einzigen Charakterzug, dem nicht jeden Augenblick durch eine anscheinend vollkommen abweichende Handlung widersprochen würde. Die Hysterischen erscheinen stumpfsinnig und lebhaft, theilnahmslos und erregbar, schwankend und starrköpfig. Diese beiden Charakterzüge können uns hier nicht überraschen, weil sie ja in jedem Abschnitte dieses Buches erwähnt worden sind. Sie haben, unserer Ansicht nach, stets die gleiche Bedeutung; sie zeigen den Mangel der geistigen Einheit, die Einschränkung der seelischen Verknüpfungsfähigkeit und das Erhaltenbleiben der automatischen Vorgänge, die in übertriebener Entwicklung hervortreten.

Dieser Geisteszustand gibt sich in dem Charakter, in den Gemüthsbewegungen ebenso kund, wie in den Empfindungen und Erinnerungen; er erschien uns aber viel klarer bei den genau umschriebenen Vorgängen, die gesondert besprochen wurden.

Eben durch die Untersuchung der geistigen Stigmata muss die hysterische Erkrankung dem Verständnis zugänglich gemacht und diagnosticirt werden. Jedes einzelne davon zeigt uns deutlich, dass das Individuum in seiner Persönlichkeit verringert und nicht mehr Herr seines eigenen Denkens ist.

ENDE DES ERSTEN BANDES.

NAME	DATE DUE

